FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE N° 940

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Philippe MONOD-BROCA

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Aide d'Anatomie à la Faculté
Né le 9 Juin 1918, à Angers (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 17 *décembre* 1948

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCERES PEPTIQUES POST-OPERATOIRES

FORMES CLINIQUES RARES DIAGNOSTICS DIFFICILES

Travail de la Clinique Thérapeutique Chirurgicale
de l'Hôpital Vaugirard (Professeur J. Sénèque)

Président : M. SENEQUE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MONOD-BROCA.**

Prénom : Philippe.

Date de soutenance : 17 Décembre 1948.

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

MONOD-BROCA (Philippe). — Contribution à l'étude des ulcères peptiques post-opératoires. Formes cliniques rares. Diagnostics difficiles. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 120 *p.*, 25 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1948, *N°* .....).

MONOD-BROCA (Philippe). — Contribution à l'étude des ulcères peptiques post-opératoires. Formes cliniques rares. Diagnostics difficiles. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 120 *p.*, 25 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1948, *N°* .....).

MONOD-BROCA (Philippe). — Contribution à l'étude des ulcères peptiques post-opératoires. Formes cliniques rares. Diagnostics difficiles. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 120 *p.*, 25 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1948, *N°* .....).

MONOD-BROCA (Philippe). — Contribution à l'étude des ulcères peptiques post-opératoires. Formes cliniques rares. Diagnostics difficiles. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 120 *p.*, 25 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1948, *N°* .....).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550021_0002

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Philippe MONOD-BROCA

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Aide d'Anatomie à la Faculté
Né le 9 Juin 1918, à Angers (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 17 *décembre* 1948

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCERES PEPTIQUES POST-OPERATOIRES

FORMES CLINIQUES RARES DIAGNOSTICS DIFFICILES

Travail de la Clinique Thérapeutique Chirurgicale
de l'Hôpital Vaugirard (Professeur J. Sénèque)

Président : M. SENEQUE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon

DOYEN. . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX (R.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	CADENAT (F.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MONDOR (H.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
Cliniques médicales — Bichat	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales — Cochin	HARVIER (P.)
Cliniques médicales — Pitié	LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L)
Cliniques obstétricales — Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
Cliniques obstétricales — Port-Royal	PORTES (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine de Travail	DESOILLE (H.)

	MM.
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.
Anatomie	CORDIER (J.-C.) Pr. s. ch. DEBEYRE (J.) DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) Pr. s. ch. BUSSER (F.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.) NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	ETTORI (J.) Pr. s. ch. JAYLE (M.-F.) Pr. s. ch. SCHAPIRA (G.)
Dermato-syphiligraphie	DEGOS (R.)
Histologie	BULLIARD (H.) Pr. s. ch. COUJARD (R.) DESCLAUX (P.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	BOYER (J.) DEPARIS (M.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) GAULTIER (J.)
Neurochirurgie	N...
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) MERGER (R.) RAVINA (J.) VARANGOT (J.)
Ophtalmologie	OFFRET (G.) DESVIGNES (P.)
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN (E.) Pr. s. ch. MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale ff	CHABAUD
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.) LAURENCE (G.) LEGER (L.) OLIVIER (Cl.) PADOVANI (P.) POILLEUX (M.) ROUX (M.) RUDLER (J.-C.) VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)
Pathologie médicale	BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DECOURT (J.) DOMART (A.) DREYFUS (Gilbert) FAUVERT (R.) HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.) LAMY (M.) MAURIC (G.) MILLIEZ (P.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.)
Pédiatrie	LAPLANE (R.) MARIE (J.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.) Pr. s. ch. CHEYMOL (J.-H.)
Physiologie	BARGETON (D.) PARROT (J.-L.)
Physique médicale	DOGNON (A.) Pr. s. ch. DJOURNO (A.) GOUGEROT (L.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	BROUET (G.) Chargé d'enseig.
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (A.) (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) FUNCK-BRENTANO (P.) MENEGAUX (G.) PATEL (J.) SICARD (A.)
Clinique médicale	BOULIN (R.) BROUET (G.) CACHERA (R.) DELARUE (A.) GARCIN (J.) HAGUENAU (M.) LENEGRE (J.)
Clinique médicale	MARCHAL (G.) MOUQUIN (M.) SOULIE (E.)
Clinique obstétricale	DIGONNET (L.) ECALLE (G.) LACOMME (M.) SUREAU (M.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique O.R.L.	AUBIN (A.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R)

	MM.
Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef	Docteur HAHN (A.).
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE :

Benjamin BROCA

Auguste LUGOL

Gustave MONOD

Paul BROCA

Charles MONOD

Auguste BROCA

Fernand MONOD

René MONOD

A MON PERE

le Docteur Raoul-Ch. MONOD

A MON BEAU-PERE

le Professeur Robert DEBRE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN SENEQUE

Professeur de Clinique de Thérapeutique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.

A Messieurs les Docteurs

BERGERET
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

GUTMANN
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

HILLEMAND
Médecin de l'Hôpital Tenon

PORCHER
Electro-Radiologiste de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

Monsieur le Professeur R. GREGOIRE (*in memoriam*).
Monsieur le Professeur LOEPER.
Monsieur le Docteur Louis RAMOND.
Monsieur le Docteur LARDENNOIS (*in memoriam*).
Monsieur le Professeur R. DEBRE.
Monsieur le Professeur P. HARVIER.

Externat :

1939 Monsieur le Professeur P. BROCQ.
1941-1942 Monsieur le Professeur R. DEBRE.
1942-1943 Monsieur le Professeur ALAJOUANINE.
1943-1944 Monsieur le Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT.
Monsieur le Professeur LELONG.

Internat :

1944 Monsieur le Docteur Raoul MONOD.
1944-1945 Monsieur le Professeur J. QUENU.
1945-1946 Monsieur le Professeur H. MONDOR.
1946-1947 Monsieur le Professeur J. SENEQUE.
1947 Monsieur le Professeur P. BROCQ.
1947-1948 Monsieur le Professeur J. LEVEUF (*in memoriam*).
1948 Monsieur le Professeur B. FEY.
Médaille d'or
1949-1950 Monsieur le Professeur agrégé RUDLER.
Monsieur le Professeur DE GAUDART D'ALLAINES.

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRATIQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HONORAIRE H. ROUVIERE
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. OLIVIER
Professeur d'Anatomie

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELMAS
Chef des Travaux pratiques d'Anatomie

A Messieurs les Professeurs :

MERLE D'AUBIGNE, Robert MONOD

A Messieurs les Professeurs agrégés :

COUVELAIRE, LEGER, LAURENCE, MENEGAUX, ROUX, SICARD.

Chirurgiens des Hôpitaux

J. BERNARD, Ch. DEBRAY, M. LAMY, J. MARIE, St THIEFFRY.

Médecins des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs :

CAUCHOIX, DUFOUR, LORTAT-JACOB, OLIVIER, POILLEUX

Chirurgiens des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs :

A. BUSSON, P. BERTRAND, R. BROCA, R. DOSSOT, J. VUILLIEME

A mes Conférenciers d'Internat :

J.-M. VERNE

Chirurgien des Hôpitaux

P. GRENET et P. MOZZICONACCI

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

L'ulcère peptique post-opératoire fut constaté pour la première fois par BERG en 1897, quinze ans après la première gastro-entérostomie. En 1899, H. BRAUN en fit la première description.

Il a été l'objet d'innombrables publications. Tous les problèmes qu'il pose sont loin d'être élucidés. Ses aspects cliniques au contraire sont généralement considérés comme bien connus et son diagnostic passe pour facile. Or, si cette notion est souvent exacte, il nous est apparu, au cours de notre internat, qu'il n'en était pas toujours ainsi. Nous apportons ici quelques observations où le diagnostic fut difficile, soit parce que l'ulcère peptique était indolore, soit parce que l'examen radiologique ne permettait pas de conclusion ferme.

Malgré le triomphe de la gastrectomie sur la gastro-entérostomie, nous ne pensons pas que l'ulcère peptique soit près de disparaître. On voit facilement pourquoi : gastrectomies insuffisantes, gastrectomies secondaires après gastro-entérostomies ne donnent pas les mêmes garanties contre l'ulcère peptique que la « gastrectomie primaire, large, bien faite » (CHARRIER).

Enfin, on observera encore les séquelles des innombrables gastro-entérostomies qui ont été pratiquées. Ce n'est que vers 1930 que la majorité des chirurgiens a commencé à se rallier à la gastrectomie.

« L'ulcère peptique post-opératoire fait souvent partie de cette pathologie provoquée par l'action chirurgicale mal indiquée ou mal réalisée. » (DESPLAS.) Ceci souligne l'importance de le mieux connaître pour mieux le combattre lorsqu'il n'a pas été possible de l'éviter. Ceci explique aussi la difficulté d'établir de bonnes statistiques.

A PROPOS DES STATISTIQUES

Le titre de notre mémoire pourrait faire croire que nous apportons quelques statistiques concernant ces variétés « rares » d'ulcères peptiques post-opératoires. Il n'en est rien. Pour faire de bonnes statistiques, il faut des connaissances mathématiques que nous ne possédons pas actuellement. Les statistiques médicales sont dans l'enfance.

Quelques voix isolées ont attiré l'attention sur ce problème : Jean GOSSET, à l'Académie de Chirurgie, à propos du drainage des voies biliaires. R. GAUTIER (*Lyon Chirurgical*, 1948) a tenté d'attirer l'attention sur les monographies de BRADFORD HILL et de MORICE. La Faculté de Médecine de Paris a organisé des conférences sur ce sujet. La *Semaine des Hôpitaux* leur a consacré un numéro en 1946.

La méthode statistique ouvre une voie nouvelle à la recherche médicale, mais cette méthode demande des connaissances médicales et mathématiques rarement réunies.

Les médecins habitués à l'étude approfondie d'un cas particulier se méfient, à juste titre, des généralisations trop hâtives. Que d'exceptions il y a aux règles médicales !

Les statisticiens ne se rendent peut-être pas assez compte des difficultés de la recherche scintifique médicale. L'objectif impérieux du médecin est d'abord de guérir, au moins de soulager. La recherche scientifique ne peut être et ne doit être qu'un sous-produit de cette activité principale. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'il n'y a pas nécessairement contradiction et que tous les médecins ne font pas pour la recherche ce qu'ils pourraient. Enfin, la plupart des symptômes ne sont guère mesurables et ici encore il faut regretter que ceux qui le sont ne soient pas toujours mentionnés.

Tout en connaissant les difficultés auxquelles se heurteront les statisticiens, il n'en reste pas moins qu'il y a là une voie qui doit être prospectée avec l'aide des mathématiques (calcul des probabilités, etc.).

Pour en revenir aux ulcères peptiques, nous y voyons accumulées les causes d'erreur. Cadre nosologique imprécis (où commence l'ulcère peptique ?) — Pathogénie inconnue (est-ce avec certitude un ulcère « peptique » ?) — A ces variables liées à la maladie et au malade, s'ajoutent celles provenant de l'acte chirurgical (quel détail technique n'a pas été incriminé ?) — Et il faut ajouter la difficulté de suivre les malades longtemps. Il ne faut pas oublier que FONTAINE a opéré, en 1940, pour ulcère peptique, un malade gastro-entérostomisé par E. QUÉNU en 1906. Et, heureusement pour eux, rien n'oblige encore les malades à répondre aux convocations qui leur sont adressées. Aussi, pour avoir des statistiques étendues, faut-il s'adresser aux compagnies d'assurance. CHATELIN et HUGUIER l'ont fait pour les fractures avec les dossiers des compagnies d'assurance concernant les accidents du travail en particulier. Je crains que les dossiers des Assurances sociales et de la Sécurité sociale ne soient, médicalement, très insuffisants. C'est cependant un travail qu'il faudra tenter.

Ces raisons nous ont dissuadé de chiffrer la fréquence des différentes variétés d'ulcère peptique que nous allons étudier. Nous emploierons, de préférence, les termes tels que « rare » ou « fréquent ». Ils sont vagues, mais sans prétention.

MATÉRIEL DE CE TRAVAIL

La présente étude est fondée sur des observations que nous avons recueillies dans différents services parisiens. Nous avons plaisir à remercier ici les Maîtres qui nous ont permis de puiser dans leurs archives : Monsieur le Professeur SÉNÈQUE, chez qui nous avons observé plusieurs cas d'ulcères peptiques. C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail : il nous a constamment guidé de ses conseils; Messieurs les Docteurs BERGERET et HILLEMAND, qui nous ont donné toutes facilités pour étudier leurs observations.

Monsieur le Docteur DUPUY nous a donné une observation personnelle dont nous le remercions ici.

Monsieur le Docteur GUTMANN a bien voulu nous montrer une magnifique collection de clichés radiologiques; il nous a permis de nous familiariser avec la lecture des images d'ulcère peptique.

Monsieur le Docteur ARNOUS nous a donné une observation personnelle.

Monsieur le Docteur PORCHER nous a aidé très efficacement; nous lui devons en outre une observation du plus haut intérêt.

Au total, nous avons lu quatre-vingt-huit observations d'ulcère peptique. Quarante-huit seulement sont utilisables. En effet, les dossiers de ces malades sont souvent disséminés dans les différents services où ils sont passés et il est parfois difficile, après quelques années écoulées, lorsque des mutations se sont produites parmi les chefs de service, de reconstituer un dossier complet. Nous publions ici vingt observations.

Nous nous sommes servi également des nombreuses observations que nous avons pu trouver dans la littérature de ces quinze dernières années.

GÉNÉRALITÉS

On ne trouvera dans ce travail que des faits cliniques et radiologiques; nous avons laissé délibérément de côté tout ce qui concerne l'étiologie, la pathogénie, le traitement chirurgical. Nous ne faisons que rappeler les grands traits cliniques de l'ulcère peptique; nous nous sommes surtout attaché à montrer que l'ulcère peptique pouvait revêtir des aspects cliniques et radiologiques trompeurs, et nous étudierons surtout les formes indolores, les formes hémorragiques, les formes curables médicalement. Nous avons été amené à étudier quelques contre-indications au traitement chirurgical.

ÉTUDE ANALYTIQUE DES SIGNES CLINIQUES

1. — LA DOULEUR

Elle est communément considérée comme un signe essentiel par sa constance et ses caractères.

Il est exact que c'est un symptôme très fréquent et parfois tout à fait caractéristique, mais son aspect typique ne se trouve pas toujours réalisé d'emblée.

La douleur continue, intense avec exacerbations paroxystiques intolérables, est en effet très caractéristique et permet presque d'affirmer cliniquement l'ulcère peptique.

Mais elle peut revêtir des aspects trompeurs.

Elle peut être rythmée par les repas, revêtant tous les caractères de périodicité de la douleur des ulcères gastro-duodénaux. Mais deux éléments, quand ils existent, ont une certaine valeur : le *siège,* à gauche de la ligne médiane, et l'*horaire* : ce sont des douleurs hypertardives, observées surtout à la phase de début.

Mais l'intensité des douleurs peut être moindre encore et ne plus rappeler en rien la douleur ulcéreuse; la douleur peut même faire complètement défaut, et ceci nous paraît justifier l'étude d'une forme particulière d'ulcères peptiques : les ulcères peptiques indolores, souvent révélés par une complication. Nous leur avons consacré un chapitre particulier.

Le siège de la douleur enfin peut être trompeur :

— soit anormalement basse, assez souvent iliaque et particulièrement trompeuse à droite, parfois plus atypique encore, testiculaire (HAMPSON) ou pelvienne; et GUTMANN rapporte l'observation d'un malade chez lequel furent d'abord prati-

qués des examens urinaires et prostatiques, alors qu'il s'agissait d'un ulcère peptique;

— soit anormalement haute, et GROSSMANN a observé un malade chez lequel une douleur thoracique fit penser à une affection pleuro-pulmonaire. Il s'agissait d'un ulcère peptique.

Il faut donc savoir qu'à côté des douleurs classiques qui restent un symptôme essentiel de l'ulcère peptique, il y a place pour des cas où la douleur peut avoir un siège anormal, — c'est exceptionnel —, et des cas où la douleur manque totalement. Nous l'avons constaté huit fois sur quatre-vingt-huit observations.

2. — LES HEMORRAGIES

Elles furent d'abord niées, en particulier les hématémèses. Malgré les travaux qui leur furent consacrés, elles sont parfois mises en doute.

Quelques observations, déjà anciennes, montreront leur réalité. L'observation XXIII de la thèse de RIOU est démonstrative. Un malade meurt quatre ans après une gastro-entérostomie, d'hémorragie interne. L'autopsie montre un hémo-péritoine, un ulcère perforé du jéjunum, et au fond de l'ulcère une artère perforée.

SIAN, dans sa thèse, rapporte une observation de FINSTERER. Un malade porteur de gastro-entérostomie fait, en deux jours, trois grandes hématémèses évaluées en tout à 3 litres de sang. L'intervention montre un ulcère calleux, gastro-jéjunal, au fond duquel on voit *trois* lumières vasculaires béantes.

Mais voyons en détail l'aspect de ces hémorragies.

LES HÉMORRAGIES MINIMES.

Elles doivent souvent passer inaperçues; on ne pratique que rarement la recherche du sang dans les selles chez ces malades. Elles seraient cependant, pour certains auteurs, fréquentes.

FUMAGELLI (de Milan) écrit que, sur dix-huit observations d'ulcère peptique, il a toujours trouvé des hémorragies, et il

y voit un signe constant. Trois fois seulement l'hémorragie fut abondante.

Nous pensons qu'il y a là un excès, et il ne faut pas oublier que les périviscérites, les jéjunites peuvent saigner; c'est une notion maintenant classique. Nous ne pensons pas que l'hémorragie occulte ait une grande importance clinique, sauf dans un cas.

Les formes anémiques de l'ulcère peptique existent et peuvent être méconnues. Lorsque ce saignement minime, mais répété, se prolonge, il faut savoir que même en l'absence de tout autre signe il peut s'agir d'un ulcère peptique.

GRANDES HÉMORRAGIES.

Elles peuvent revêtir plusieurs types :

— formes hémorragiques pures (nous les étudierons à propos des ulcères indolores) ;
— formes hémorragiques et douloureuses;
— formes où l'hémorragie est contemporaine d'une perforation soit en péritoine libre, soit dans le côlon.

Les formes hémorragiques et douloureuses sont les mieux connues et leur diagnostic est facile.

LAHEY, en 1935, écrivait que les hémorragies et le melæna sont plus fréquents au cours des ulcères gastro-jéjunaux que des ulcères gastro-duodénaux.

SANTY avait publié, en 1936, vingt-six ulcères peptiques jéjunaux, dont cinq avaient une symptomatologie essentiellement hémorragique. Dix ans après, il publie soixante-deux cas, dont dix-neuf avec hémorragie, soit près de 1/3 des cas.

DESPLAS, sur vingt-huit observations, note quatre fois un état anémique sévère par melæna répété.

CRAUSTON HOLMAN et Arthur CHENOWETH considèrent que l'hémorragie est la complication la plus fréquente de l'ulcère peptique.

SIGMUND MAGE trouve que, sur quarante et un cas d'ulcères *récidivants* après gastrectomie, il y a dix-huit malades chez lesquels l'hémorragie est un signe dominant et sérieux. Sur ces

dix-huit malades, six souffraient, ils avaient tous un ulcère peptique jéjunal vérifié soit par la radio (quatre cas), soit par l'opération (deux cas).

Les hémorragies au cours des complications.

L'hémorragie au cours de la perforation en péritoine libre aggrave considérablement le pronostic. Edelmann l'a bien mis en évidence.

L'hémorragie peut être le premier symptôme d'une fistule gastro-jéjuno-colique. Elle est souvent faite de sang rouge et risque de faire envisager une lésion purement colique ou rectale. Dans certaines observations, cette hémorragie semble justifier une rectoscopie.

En définitive, les hémorragies de l'ulcère peptique se superposent étroitement aux hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Elles sont tantôt minimes, voire occultes, mais parfois anémiantes; tantôt massives, hématémèses ou melæna, elles peuvent correspondre soit à une ulcération artérielle, soit à une hémorragie muqueuse. Elles paraissent plus redoutables que les hémorragies ulcéreuses de l'estomac ou du duodénum, car l'acte chirurgical, si on est obligé d'y recourir, est plus complexe.

3. — LES VOMISSEMENTS

Ils sont la conséquence d'une sténose de la bouche et aussi en cas de gastro-entérostomie, d'une sténose du pylore associée. On peut alors observer des vomissements particulièrement abondants. Ils s'observent également au cours des fistules gastro-jéjuno-coliques et revêtent alors une odeur particulièrement nauséabonde, extrêmement caractéristique; ils peuvent être accompagnés ou remplacés par des éructations d'odeur infecte.

En dehors de ces cas, les vomissements n'appartiennent pas en propre au tableau clinique de l'ulcère peptique.

4. — L'INTERROGATOIRE

C'est le temps essentiel de l'examen, devant un malade atteint d'ulcère peptique post-opératoire.

Il permet de préciser les caractères des symptômes que nous venons de voir; mais surtout, il va renseigner sur le mode évolutif de la maladie ulcéreuse.

Il est indispensable de reprendre l'histoire de la maladie dès son début, avant l'intervention chirurgicale, la première intervention chirurgicale au cas où le malade en a subi plusieurs, ce qui est fréquent.

Il faut s'efforcer de faire le diagnostic rétrospectif des différents épisodes de la maladie.

Il est extrêmement utile de disposer des clichés radiographiques qui ont été pratiqués, il faut s'efforcer de se les procurer, ce qui est souvent possible.

On retrouve presque toujours à l'origine des troubles un ulcère duodénal ou gastrique mais voisin du pylore. Il est beaucoup plus rare qu'il s'agisse d'un ulcère de la petite courbure.

Enfin, on observe de temps à autre des malades gastro-entérostomisés qui souffrent, mais qui n'ont jamais présenté ni ulcère gastrique, ni ulcère duodénal. Ces malades peuvent d'ailleurs parfaitement être atteints d'un ulcère peptique post-opératoire. La solution thérapeutique est ici simplifiée : la dégastro-entérostomie avec résection de l'ulcère peptique suffit à apporter la guérison.

Il faut également rechercher quelles ont été les suites opératoires. On a insisté récemment sur la fréquence des troubles post-opératoires immédiats chez les malades ultérieurement atteints d'ulcère peptique.

Surtout, cet interrogatoire permet parfois de constater que le malade est atteint d'une maladie ulcéreuse d'un type particulier l'exposant plus particulièrement soit aux douleurs, soit aux hémorragies, soit à la perforation. Malheureusement, cette étude n'est possible que si on dispose d'un certain recul. Elle

n'a d'intérêt que si la maladie évolue depuis de longues années; mais alors elle peut, dans une certaine mesure, peser sur les indications thérapeutiques.

Il faut également connaître la nature des interventions pratiquées: on se heurte souvent à des difficultés. La connaissance des comptes rendus opératoires peut apporter une grande aide au diagnostic.

On connaît la fréquence de l'ulcère peptique après certains types d'anastomoses (Y. DE ROUX, Exclusion pylorique, anastomose à anse longue avec jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse). On peut noter une insuffisance d'exérèse vers la droite par suite de difficultés techniques. On ne peut que regretter que l'étendue de l'exérèse ne soit pas plus souvent chiffrée. Il serait encore plus utile de mesurer ce qui reste et non ce qu'on a réséqué.

Mais il faut savoir aussi que le compte rendu opératoire peut être trompeur. Telle tumeur inextirpable s'avère par la suite un ulcère authentique. EL OKBY rapporte une observation d'une malade chez laquelle on fit une gastro-entérostomie pour « tumeur inextirpable ». Les douleurs réapparaissant, on usa de morphine, de radiothérapie pendant des mois, jusqu'au jour où, cachectique, la malade fut opérée par le Docteur AMELINE : il s'agissait d'un ulcère peptique ouvert dans la paroi abdominale antérieure. Inversement d'ailleurs, on sait qu'il existe des ulcères peptiques après gastro-entérostomies pour cancer. GUTMANN en a publié le premier cas. Ces ulcères, sûrement assez rares, doivent être le plus souvent méconnus.

Enfin, il faut préciser si le malade suit docilement son régime ou si on a commis l'erreur de ne pas lui en indiquer ou s'il s'agit d'un alcoolique invétéré. On ne saurait trop insister sur la nécessité de faire suivre un régime aux opérés de l'estomac. Les excès alimentaires, les boissons alcoolisées, l'alcool, le tabac doivent être définitivement proscrits. Il est un fait certain : l'ulcère peptique est bien plus fréquent chez l'homme que chez la femme, probablement par écarts de régime.

5. — L'EXAMEN CLINIQUE

Il n'apporte en général que peu de renseignements.

Localement, un seul signe a une certaine valeur : la douleur, localisée, à la palpation de la bouche, surtout si elle acquiert une intensité particulière. Elle s'accompagne parfois d'un certain degré de défense pariétale.

Il faut surtout noter l'état général du malade. Certains malades, rendus morphinomanes par l'acuité des douleurs, sont dans un état lamentable; c'est une éventualité rare.

Cet examen permet enfin de préciser le degré de l'anémie, l'existence de fièvre.

En fait, l'examen ne se montre fructueux que si l'ulcère est compliqué.

Fistule gastro-jéjuno-colique avec l'altération de l'état général qu'elle entraîne souvent.

Hémorragies avec l'état d'anémie qui en résulte.

Perforation couverte avec la tumeur qu'elle provoque et qui est devenue plus rare aujourd'hui que les anastomoses antérieures précoliques sont de moins en moins employées.

6. — EXAMENS PARACLINIQUES

Nous avons déjà mentionné la recherche du sang dans les selles.

Plus nécessaires sont les examens suivants :

— *Numération globulaire et formule sanguine* : pour apprécier et l'anémie et le degré d'infection.

— *Etude de l'acidité gastrique* avant et après repas d'épreuve ou *injection d'histamine*. Cet examen n'est pas systématiquement pratiqué. Il a pourtant le plus grand intérêt, non seulement pathogénique mais diagnostique. Bien qu'il existe quelques cas d'ulcères peptiques survenant chez des malades dont l'estomac est anacide, il n'en reste pas moins que l'anaci-

dité a une grande valeur contre le diagnostic d'ulcère peptique. Encore faut-il éliminer les causes d'erreur. La plus commune est de placer la sonde dans le grêle et non dans l'estomac. Il y a donc intérêt à placer la sonde (opaque) sous écran et à répéter les examens pour vérifier l'anacidité. Cette erreur est particulièrement facile à commettre après gastrectomie. C'est probablement ce qui s'est produit pour l'un des trois examens d'acidité pratiqués chez la malade de l'observation n° 14.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Nous ne voulons pas reprendre ici l'étude des signes radiologiques classiques; nous n'apportons pas de signe nouveau. Nous voulons seulement apporter les conclusions qui ressortent des observations que nous avons lues, des clichés que nous avons vus.

Nombre de clichés sont inutilisables parce que médiocres, flous, insuffisamment nombreux. Malgré la lutte qu'ont menée GUTMANN et son école, nous savons que très souvent le diagnostic radiologique n'est pas fait; mais sur quels clichés ? Que dire devant un seul cliché ou une série de clichés flous ? Le diagnostic radiologique de l'ulcère peptique exige des clichés parfaits. Si les circonstances font qu'ils ne le sont pas, il faut en refaire. C'est une notion banale sur laquelle nous nous excusons d'insister; mais nous avons constaté que cette règle est encore parfois méconnue.

Supposons les clichés excellents; le diagnostic est-il toujours facile ? Certainement pas. Après deux ans passés sur ce sujet, nous pensons qu'il y a des cas où le diagnostic n'est pas possible, et en tous cas difficile. Outre les observations que nous avons eues entre les mains, nous avons pu voir de très nombreux clichés chez MM. GUTMANN et PORCHER, et, même dans ces conditions, le diagnostic ne nous paraît pas encore facile dans tous les cas (voir observation n° 18). C'est une opinion d'ailleurs assez répandue. HILLEMAND, en 1935, à la Société de Gastro-Entérologie, rappelait, au cours d'une discussion, la difficulté de ce diagnostic. SÉNÈQUE écrivait à l'Académie de Chirurgie : « Si parfois les signes radiologiques sont nets... ces signes sont parfois beaucoup plus discrets et

on ne peut lire dans certains cas qu'une simple irrégularité de la bouche. » CHARRIER, en 1948, écrit dans la *Presse Médicale* : « La recherche de la niche caractéristique de l'ulcère est difficile et souvent décevante. Des examens répétés doivent être faits et quelquefois, en désespoir de cause, devant une situation alarmante, on opère et on ne trouve qu'à ce moment un ulcère peptique jéjunal jusque-là non révélé. » DE WITTE écrit : « Dans deux cas, l'image radiologique est certainement troublante; mais sa signification est nulle en l'absence de signes cliniques d'une affection organique. »

Nous pourrions multiplier ces citations; elles montrent que nombre d'auteurs se sont heurtés à des difficultés. Nous n'avons pas la prétention de les résoudre, mais seulement de chercher dans quelles circonstances elles se produisent et quelles sont les limites des possibilités radiologiques.

On demande à l'examen radiologique de résoudre deux problèmes :

— quand il y a une anomalie de la bouche, peut-on affirmer qu'il s'agit bien d'un ulcère peptique ?

— quand la bouche gastro-jéjunale paraît normale, peut-on formellement nier l'existence de l'ulcère peptique ?

EST-CE BIEN UN ULCÈRE PEPTIQUE ?

Cette question est d'une extrême importance, car elle est indispensable pour interpréter les observations où ne figure pas de vérification opératoire. Importance accrue par la pauvreté des signes cliniques dans certaines observations. Le diagnostic devient purement radiologique. Nous n'ignorons pas qu'il est dangereux de fonder un diagnostic sur un seul examen et que la séméiologie est avare de signes pathognomoniques. Il y a cependant des images absolument caractéristiques qui permettent d'affirmer l'ulcère peptique quel que soit le contexte clinique.

Seule la niche est caractéristique.

Il faut qu'elle soit entourée de jéjunite.

Il faut qu'elle soit bien dégagée, sans superposition d'anses, sans que l'estomac vienne masquer l'ulcère.

Les niches de face sont plus faciles à reconnaître que les niches de profil. Une niche de face, régulièrement opaque et de contours réguliers lorsqu'elle présente une certaine surface, constitue une image qui ne peut être confondue avec aucune autre si elle est constante sur une série de clichés.

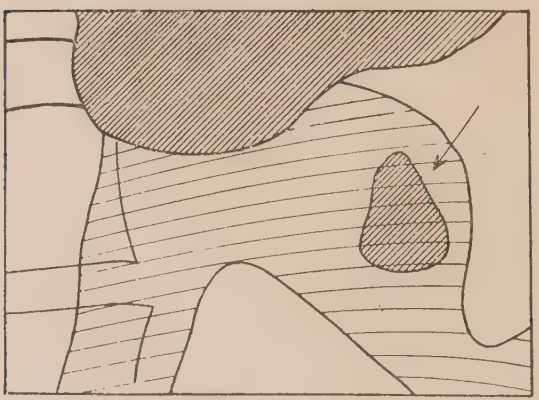
La niche peut être énorme et elle ne peut guère passer inaperçue. Encore faut-il se rappeler qu'une niche très volumineuse peut correspondre à un ulcère peptique et il s'agit parfois d'un ulcère peptique de petite dimension.

Lorsque la niche est de très petite surface, son diagnostic devient plus difficile. Les ulcères peptiques au début avec petite niche sont en général de diagnostic difficile, sinon impossible, sauf dans un cas : l'existence de plis radiés associés. Lorsqu'une série de plis radiés forment une couronne complète, indiquant comme autant de flèches la niche qui les centre, on peut affirmer l'ulcère peptique quelle que soit la taille de la niche; mais à condition, ici encore, que l'image soit constante sur la série de clichés et qu'il y ait de la jéjunite. Cette petite image stellaire est parfois plus caractéristique qu'une grosse niche (voir fig. 1 et 2).

Mais il y a des cas intermédiaires : petite niche à peine visible avec deux ou trois plis radiés mal convergents. Dans ce cas, on ne peut que suspecter l'ulcère peptique; il n'est pas question de l'affirmer. C'est alors que le degré d'éducation visuelle joue le plus et que les chances d'erreur sont d'autant plus faibles que l'œil est plus exercé.

Lorsqu'il s'agit d'une niche de profil, les difficultés sont plus grandes. Les brides de traction peuvent être trompeuses. Habituellement elles sont multiples mais quand il n'y en a qu'une le diagnostic devient difficile. Il en est de même de certaines fausses niches par péristomite chronique sus ou sous-mésocolique. Le diagnostic d'ulcère peptique ne peut être affirmé que sur la coexistence de la tache opaque, des plis radiés et de la jéjunite. Mais les plis radiés sont réduits ici à une demi-couronne et attirent moins l'attention que dans le cas précédent. Ici encore, ils peuvent n'être qu'ébauchés et

Fig. 1. — Observation nº 19 (Malade du Docteur Arnous)

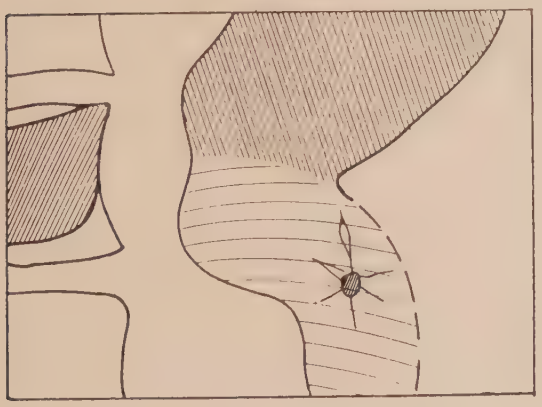


Grosse niche d'ulcère peptique.

Image discutable mais rendue certaine par celle de la figure suivante.

Clichés du 8/11/43

Fig. 2. — Observation n° 19 (Malade du Docteur Arnous)



Même malade que fig. 1.
Après traitement médical la niche est devenue toute petite.
Image stellaire évidente.
On peut affirmer qu'il s'agit d'un ulcère peptique.

Clichés du 25/11/43

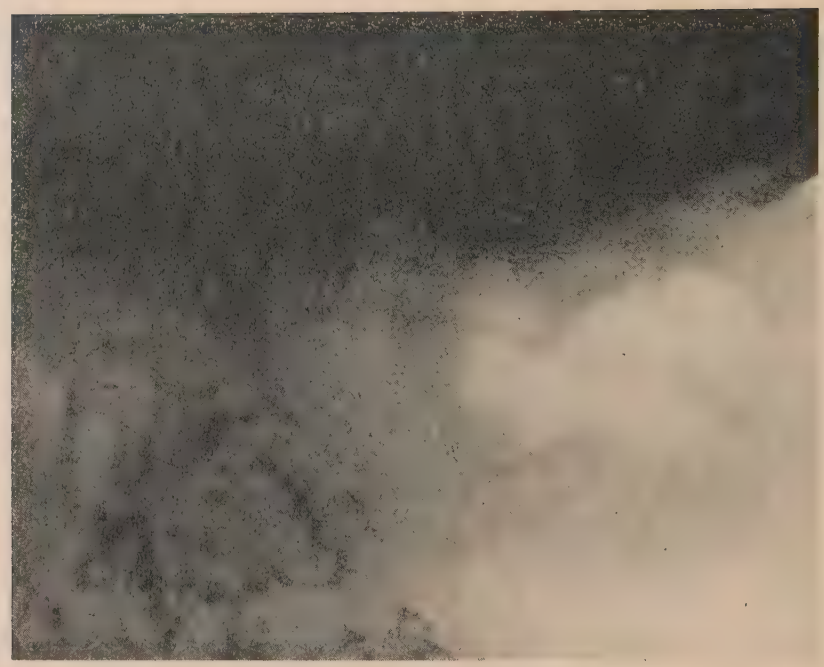


Fig. 3. — Observation n° 19 (Malade du Docteur Arnous)

Même malade que fig. 1 et 2. L'ulcère peptique est complètement cicatrisé.

Clichés du 9/4/43

d'interprétation délicate : le diagnostic alors ne peut plus être affirmé.

Enfin, il faut reconnaître que lorsque les signes sont dissociés, on ne peut pas affirmer l'ulcère peptique : l'absence de jéjunite doit toujours rendre très circonspect sur le diagnostic d'ulcère peptique.

Quant aux signes indirects, jéjunite isolée, sténose de la bouche, ils ne permettent en aucun cas d'affirmer l'ulcère peptique.

Peut-on nier l'existence d'un ulcère peptique ?

Autant on peut être affirmatif devant une image nette, autant la réserve est de rigueur quand on ne voit pas la niche. Il s'agit d'un signe négatif, c'est-à-dire nul; on ne peut le mettre en évidence. Cela ne prouve pas qu'il n'existe pas.

C'est d'ailleurs la cause d'erreur qui nous a paru la plus fréquente. Si, au début de l'histoire radiologique de l'ulcère peptique, on a décrit de fausses niches, ces aspects sont maintenant bien connus; et, à condition de ne pas avoir trop d'imagination, ce sont les causes d'erreur par défaut qu'il faut craindre.

La littérature abonde d'observations où le diagnostic ne fut pas fait à la radio, mais suspecté cliniquement et vérifié opératoirement. Il faut insister ici sur la nécessité de répéter les examens; même dans ces conditions, la niche peut échapper.

Le malade de Lévy, Cottenot et Cherigie avait un syndrome clinique si net qu'on porta le diagnostic d'ulcère peptique. Ce n'est qu'après des examens radiologiques répétés et avec sept mois de retard qu'on put affirmer radiologiquement l'ulcère peptique.

Santy, sur soixante-deux observations d'ulcère peptique, n'a vu de niche que dans vingt et un cas, que deux fois une fistule gastro-jéjuno-colique, quinze fois des signes indirects, mais vingt-quatre fois les radiographies n'ont pas donné de renseignements précis.

Delannoy, à l'Académie de Chirurgie, donne deux observations où la radiographie est en défaut. Dans un cas, il n'y

avait « pas d'image nette d'ulcère peptique » et l'intervention en montra deux. Dans l'autre, l'image était « suspecte, mais inconstante ». A la même tribune, une observation de BANZET montre l'absence d'ulcère peptique à la radiographie. Voici le compte rendu : « La bouche fonctionne parfaitement et on ne voit aucune image d'ulcère peptique. »

De cette absence de niche à la radio, on trouvera plusieurs observations démonstratives (car les clichés sont excellents) dans le troisième tome des confrontations radio-anatomo-cliniques. Ces observations ont été prises dans le service de M. SÉNÈQUE. Malheureusement, les clichés sont actuellement chez l'éditeur et nous n'avons pu les reproduire ici. Nous nous excusons de ne pouvoir en citer que les comptes rendus.

Ici, la gastro-entérostomie est très latérale et impossible à dégager sans compression; aucune image ne peut être interprétée comme une niche et pourtant l'intervention montre un ulcère peptique.

Là, c'est une image de niche, mais inconstante et accompagnée d'un syndrome clinique atypique. L'intervention montre un ulcère peptique adhérent au côlon.

Dans l'observation n° 3 que nous rapportons, le malade fut examiné deux fois en un mois; on ne put mettre en évidence l'ulcère peptique et il fallut une hématémèse pour obliger à intervenir et vérifier l'existence de l'ulcère peptique.

Une dernière observation montre une niche isolée, sans image de jéjunite, ce qui avait fait hésiter à diagnostiquer un ulcère peptique que l'opération confirma.

Quelques cas particuliers méritent d'être connus où la difficulté vient soit du siège, soit du nombre des ulcères peptiques, soit de la nature des opérations pratiquées.

Les ulcères multiples sont le plus souvent précoces, vite perforés. Il s'agit alors de diagnostic opératoire et non radiologique.

On peut voir cependant des ulcères peptiques multiples survenir à distance de la première intervention et ayant tous les caractères des ulcères peptiques authentiques. MORENO TINOJERO parle d'un malade porteur de quatre ulcères peptiques.

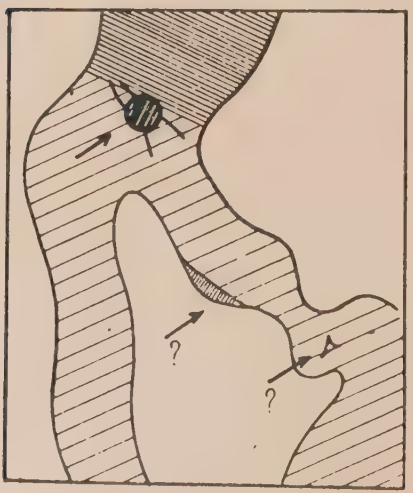
En fait, si l'on élimine les ulcérations traumatiques par fils de suture, il est très rare d'en observer plus de deux.

Tantôt il a été établi deux gastro-entérostomies, et on trouve un ulcère sur chaque bouche. GUTMANN en montre de belles images. Ces faits doivent devenir de plus en plus rares. Il faut signaler une cause d'erreur : l'absence de détails techniques sur les interventions antérieures. L'examen radioscopique est ici particulièrement utile pour repérer les deux bouches. Même lorsqu'il n'existe qu'une bouche, elle peut être méconnue. On trouvera, dans le tome I des Confrontations radio-anatomo-cliniques, une observation de M. SÉNÈQUE où l'examen radiologique ne mettait en évidence aucune gastro-entérostomie. Il fallut le compte rendu opératoire de la première intervention pour arriver à la voir. Sûr de l'existence de la gastro-entérostomie, on put, en refaisant l'examen, découvrir une bouche très postérieure.

Tantôt les deux ulcères peptiques siègent sur une seule anastomose; nous en publions ici une observation (n° 14) qui paraîtra également dans le tome III des Confrontations radio-anatomo-cliniques. Nous reproduisons également les clichés (fig. 4 et 5, p. 38). Le syndrome clinique est tel qu'on a la quasi-certitude qu'il existe un ulcère peptique (malgré une gastroscopie négative). Mais il n'existe pas d'image stellaire évidente; par contre, plusieurs aspects ont pu être interprétés comme des niches : une tache au niveau de la bouche, un aspect en crochet sous-jacent; enfin, il existe un rétrécissement en aval de ce crochet. Or, l'intervention montra deux ulcères peptiques, l'un gastro-jéjunal, l'autre jéjunal. Même après coup, il est difficile de dire si l'ulcère jéjunal correspondait au crochet ou au rétrécissement sous-jacent.

Le siège de l'ulcère est variable. La jéjunite attire habituellement l'attention sur lui. Il peut être situé loin de la bouche, jusqu'à 15 cm. d'après certaines observations. Il peut parfaitement siéger sur l'anse afférente et jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. Nous en avons recueilli une observation, dont malheureusement nous n'avons pu retrouver les clichés, mais qui fut vérifiée opératoirement. Ce cas montre bien qu'il ne faut pas borner ses recherches à la région de la bouche seulement.

Fig. 4. — Observation n° 14 (Malade du Professeur Senèque)

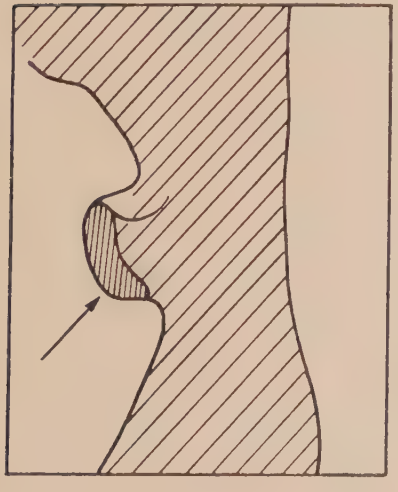


Le syndrome clinique est net, l'image radiologique douteuse.

L'intervention montrera 2 ulcères peptiques : l'un au niveau de la tache (flèche), l'autre siège au voisinage du rétrécissement. Il est difficile à localiser.

Clichés du 14/2/47

FIG. 5. — Observation n° 14 (Malade du Professeur SENÈQUE)



Même malade que figure 4 ; 15 mois après intervention chirurgicale.

L'ulcère peptique a récidivé.

Opération de Dragstedt (Docteur Roux) en juin 1948. Guérison.

Signalons enfin un siège heureusement rarissime : l'ulcère peptique iléal après gastro-iléostomie. Nous ne connaissons sur ce sujet que le travail de SMITH et RIVES. Ils ont retrouvé seize gastro-iléostomies dans la littérature et en ont observé eux-mêmes huit cas à la Mayo Clinic. Sur ces vingt-quatre cas, il y avait trois fois un ulcère peptique iléal. Ces observations ne doivent pas toutes être publiées. Quoi qu'il en soit, elles sont sûrement très rares.

Nous avons déjà dit qu'on pouvait observer l'ulcus peptique après toutes les interventions, même après gastro-entérostomie pour cancer, même après gastrectomie terminée par anastomose gastro-duodénale. Le parallélisme entre l'ulcère duodénal et l'ulcère peptique post-opératoire devient, dans ce cas, identité.

Quant à la vagotomie double, elle mérite d'être étudiée au point de vue radiologique. Nous n'avons pas encore vu de clichés d'ulcères peptiques récidivants après opération de Dragstedt; mais nous pensons que cette opération est susceptible de modifier les images, étant donné le rôle des pneumogastriques dans l'innervation de l'estomac.

On ne peut pas affirmer, actuellement, que la disparition des signes radiologiques coïncide avec la cicatrisation de l'ulcère. Pas plus que la suppression immédiate des douleurs ne permet de penser que l'ulcère a disparu à l'instant de la section nerveuse.

Il reste un dernier point à discuter : peut-on préciser les rapports de l'ulcère et du côlon transverse; peut-on prévoir l'imminence de la fistule gastro-jéjuno-colique ?

Certaines images le permettent; ce sont celles où se trouve dessiné à partir de la niche un trajet diverticulaire plus ou moins étroit. Ailleurs, sur le cliché de profil, c'est la proximité de la niche et d'un gaz colique. On peut se demander d'ailleurs si l'étude du côlon, au cours des ulcères peptiques, ne mériterait pas d'être plus poussée. Le lavement baryté n'est guère mentionné que si on suspecte une fistule. Il semble que, plus souvent pratiqué, il donnerait peut-être plus de renseignements. Outre le lavement, l'insufflation du côlon permettrait peut-être d'utiles précisions.

Etant donné que les ulcères peptiques ne relèvent pas systématiquement du traitement chirurgical, il importe de préciser au maximum les rapports de l'ulcère et du côlon. On peut se demander, à la réflexion, si la péritonéoscopie ne trouverait pas ici une indication. Il n'y a peut-être pas, dans les formes frustes, dégradées, de l'ulcère peptique, ce fouillis inextricable d'adhérences qu'on rencontre trop souvent quand on opère un ulcère peptique calleux et depuis longtemps douloureux.

L'examen radiologique offre enfin un intérêt essentiel pour vérifier l'état de l'estomac (ou du moignon d'estomac) et du duodénum, pour étudier le transit digestif.

Il faut chercher si on voit encore l'ancien ulcère ou si un nouveau s'est développé malgré la gastro-entérostomie.

Il faut vérifier si le passage s'effectue par le duodénum ou intégralement par la gastro-entérostomie, si les anses efférentes et afférentes sont ou non dilatées.

En ce qui concerne les examens radiologiques après gastrectomies, il faut noter la taille du moignon gastrique. L'aspect peut d'ailleurs être trompeur. Un moignon apparemment correct, caché sous les fausses côtes, offre parfois à l'opérateur la surprise d'être volumineux et de se prêter à une importante recoupe. Inversement, un moignon volumineux après gastrectomie peut être dû à une dilatation progressive. C'est évident s'il existe une sténose; c'est probablement possible même sans sténose.

En conclusion, on peut dire que certaines images permettent d'affirmer l'ulcère peptique. Souvent, le doute persiste à la lecture des clichés radiographiques; aussi ne faut-il accepter parfois qu'avec réserve les observations d'ulcère peptique ne s'accompagnant pas de vérification opératoire.

Enfin, l'absence de jéjunite ou l'absence de niche ne permet en aucun cas de nier l'existence d'un ulcère peptique. Il faut multiplier les examens radiographiques, recourir à la gastroscopie, et on est même parfois obligé d'intervenir sur les seuls signes cliniques.

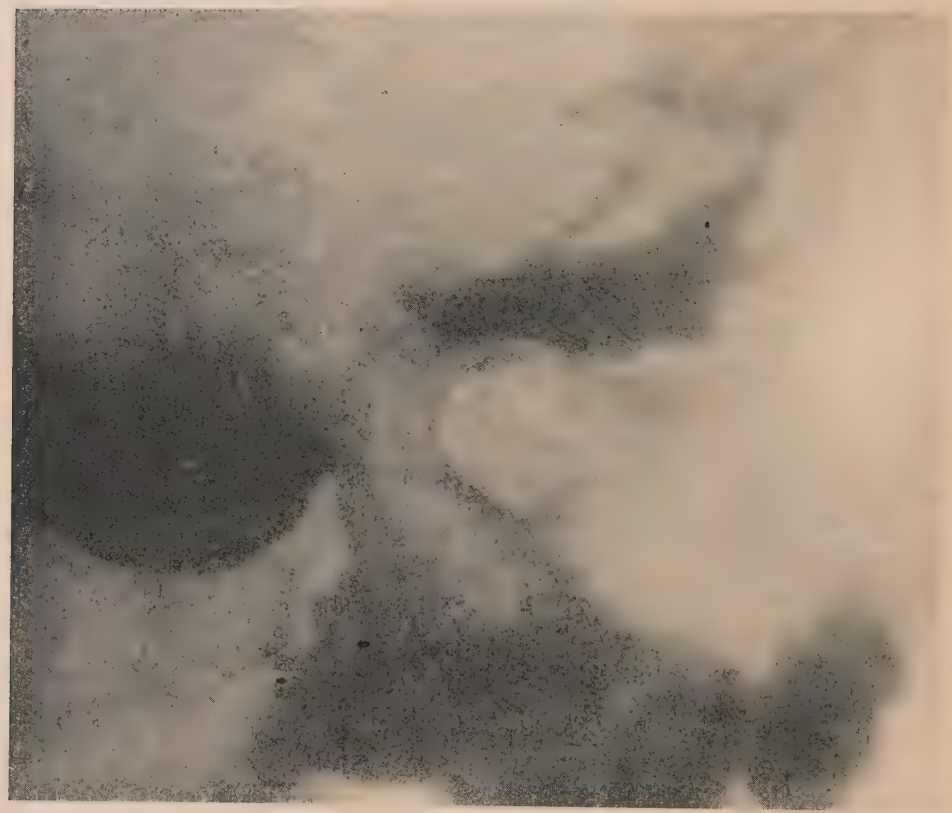
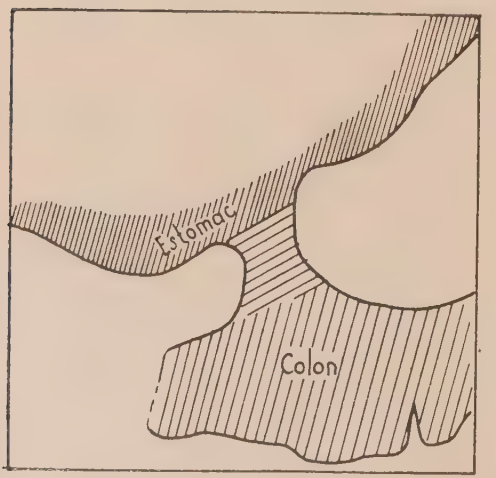


FIG. 6. — Observation n° 9 (Malade du Docteur DUPUY)



Fistule gastro-jéjuno-colique.
La communication est bien visible.

Signes radiologiques de la fistule gastro-jéjuno-colique.

Leur interprétation est habituellement extrêmement facile.

Il faut cependant rappeler quelques notions classiques.

La communication peut être à soupape et le diagnostic n'est alors possible que par un des deux examens pratiqués : soit par le repas opaque qui remplit le côlon et en particulier l'angle colique gauche, soit par le lavement baryté qui fait irruption dans l'estomac.

Un seul de ces examens, et en particulier le repas opaque isolé, ne permet nullement d'éliminer le diagnostic de fistule. Enfin, une certaine pression est parfois nécessaire pour forcer le trajet ou l'orifice de communication.

En pratique, après avoir éliminé une communication gastro-colique pour cancer, on peut affirmer qu'il s'agit d'un ulcère peptique. Théoriquement, une autre éventualité est cependant possible : l'existence d'un ulcère gastrique. Langemeyer a rapporté une observation d'une telle fistule gastro-colique. Il existait un nouvel ulcère sur la face postérieure de l'estomac, à 7 cm. au-dessus de la gastro-entérostomie, et indépendante d'elle. Nous ne connaissons pas d'autre observation analogue.

Il est parfois plus difficile de voir le trajet exact de la fistule entre l'estomac et le côlon, tous deux pleins de baryte. C'est cependant possible; nous en donnons une radiographie typique (fig. 6, p. 42).

Quant à voir la niche de l'ulcère sur le trajet, c'est fort inconstant, et d'ailleurs ici d'un intérêt relatif puisque le diagnostic de fistule gastro-colique d'origine ulcéreuse est, nous le verrons, facile.

GASTROSCOPIE

Actuellement parfaitement supportée, elle devient une exploration de plus en plus courante. A la clinique de Vaugirard, toutes les fois qu'un doute persiste après examen clinique et radiologique, les malades sont confiés à Monsieur le Docteur Ch. DEBRAY.

Le développement qu'a pris la gastroscopie, son utilisation après échec de l'examen radiologique montrent bien la difficulté réelle, dans certains cas, de ce diagnostic radiologique.

SHERMONDD écrit : « L'examen radiologique peut montrer les images connues, mais souvent aussi il ne donne rien de particulier, de sorte que la gastroscopie sera d'un intérêt toujours plus grand en vue de la reconnaissance des ulcères (peptiques). »

WARMOES et CALLEWAERT donnent la même note : « Nous avons vu personnellement un cas d'ulcère peptique jéjunal que la radio n'avait pas montré... Il arrive de temps en temps qu'on soupçonne cliniquement un ulcère peptique, mais qu'on ne parvient pas à confirmer le diagnostic faute de signe certain, car le seul signe certain, en dehors de la gastroscopie, est la niche indiscutable. »

Toutes les méthodes endoscopiques se sont révélées égales ou supérieures aux examens radiologiques; il serait bien extraordinaire qu'il n'en soit pas de même pour la gastroscopie, et ce n'est pas beaucoup s'avancer que de prédire qu'elle sera bientôt d'un emploi aussi courant que la radiographie, comme elle l'est déjà pour certains auteurs. Mais actuellement, la gastroscopie ne permet que rarement de voir un ulcère peptique.

La gastroscopie est particulièrement précieuse pour reconnaître les ulcérations traumatiques par fils de suture. Ces ulcérations sont encore mal classées; en particulier, on connaît mal la ligne de partage entre les ulcérations traumatiques par fils qui guérissent par simple ablation du surjet et les ulcères peptiques. En général, il n'y a aucun rapport entre ces deux affections; mais il est des cas troublants où on ne peut nier que les fils paraissent jouer un certain rôle dans l'apparition de l'uleère.

Or ces ulcérations traumatiques n'ont pas de signes radiologiques bien caractéristiques. La gastroscopie montrant le fil, pendant dans la lumière de la bouche anastomotique, permet de prévoir un geste thérapeutique simple et efficace. Toutefois, ce diagnostic n'est pas toujours évident, même à la gastroscopie, quand le fil est enrobé de débris alimentaires.

La gastroscopie est extrêmement utile pour reconnaître la gastrite, et surtout la stomite. Ces lésions sont évidentes à la gastroscopie, plus encore qu'à la radiographie. ANTOINE, rapportant les observations de MOUTIER, est formel sur ce point.

La gastroscopie permettra sûrement de mieux connaître les ulcérations, les érosions gastriques multiples des estomacs opérés, en particulier après opération de Dragstedt. L'étude que vient d'en faire ASHER (de Los Angeles) est intéressante.

Mais la gastroscopie elle-même a des limites.

Techniquement, elle est parfois impossible ou très difficile. L'arthrite chronique cervicale, la brièveté du cou peuvent être très gênantes.

Ailleurs, les contractionsde l'estomac ou l'œdème masquant la région à examiner, expliquent les échecs de ce mode d'exploration.

Enfin, la gastroscopie n'est pas une jéjunoscopie, un ulcère jéjunal un peu éloigné de la bouche lui échappe.

Il n'est pas possible actuellement de cathétériser le jéjunum, de le dilater, de voir sa cavité.

D'autre part le gastroscope ne peut explorer facilement tout l'estomac. Il est relativement facile de repérer une bouche après gastrectomie, il est beaucoup plus difficile de voir la bouche s'il

s'agit d'une simple gastro-entérostomie. La bouche se trouve souvent dans la zone aveugle et il est assez difficile de déplacer le miroir pour placer la bouche dans le champ de vision. C'est cependant possible dans la majorité des cas. Il est indispensable de disposer au moment de la gastroscopie des clichés radiologiques qui aident l'opérateur à découvrir la zone suspecte.

En résumé, la gastroscopie permet presque toujours de voir la stomite, les fils de suture pendant à travers la lumière de la bouche.

La gastroscopie n'est d'aucune aide pour voir l'ulcère peptique jéjunal.

Quand à l'ulcère gastro-jéjunal, ulcère de la bouche, il peut parfaitement échapper à l'exploration endoscopique (observation n° 14).

Ayant chacun leurs causes d'erreur, l'examen radiologique et l'examen gastroscopique doivent se compléter pour arriver à une plus grande précision du diagnostic de l'ulcère peptique post-opératoire. Actuellement, l'examen radiologique paraît très supérieur à la gastroscopie.

FORMES CLINIQUES

I. — LES ULCERES PEPTIQUES INDOLORES

La plupart de ces ulcères se révèlent par une complication; nous les étudierons d'abord. Nous verrons ensuite ce qu'on peut penser des ulcères complètement latents.

La complication révélatrice peut d'ailleurs être dominée par la douleur (perforation en péritoine libre), mais elle survient chez un sujet qui n'a jamais souffert. Nous essaierons de montrer que, dans certains cas, il était déjà porteur de son ulcère depuis un certain temps.

Nous étudierons successivement les ulcères révélés par :
— une perforation, soit en péritoine libre, soit couverte;
— une hémorragie;
— une fistule gastro-jéjuno-colique.

Les ulcères révélés par leur perforation.

Les perforations en péritoine libre des ulcères peptiques sont très rares. Edelmann, dans sa thèse, les estime à 1 ou 2 % des ulcères peptiques. Il a pu en retrouver 228 observations. Riou en avait déjà rapporté 92 observations dans sa thèse en 1937. Nous n'en avons jamais observé. Mais parmi les observations publiées, il n'est pas difficile d'en trouver où la perforation est le premier symptôme d'un ulcère peptique. Tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, et Leveuf le premier, ont remarqué ces perforations révélatrices. Riou écrit que, dans 75 % des cas de perforation, « l'ulcère post-opératoire naît perforé ».

Très souvent d'ailleurs, il s'agit d'ulcères précoces, et Riou ne pense pas que ces ulcères précoces soient comparables aux

ulcères peptiques post-opératoires communément observés. GUTMANN en cite un cas au dixième jour; RIOU donne deux observations où l'ulcère se perfore au cinquième jour. Ces faits méritent d'être connus, car on en a publié après gastrectomie. COURTY et GAUDEFROY ont publié à l'Académie de Chirurgie une observation de perforation au dix-huitième jour d'une gastrectomie (fait pour un premier ulcère jéjunal). BARRAYA en publie une au dixième jour. OKINCZYC en avait observé une au quarante-cinquième jour. Enfin, M. BERGERET nous a donné une observation d'ulcère peptique aigu après gastrectomie également (observation n° 1).

Il est assez remarquable que ces ulcères perforés précocement s'accompagnent généralement d'un syndrome clinique des plus francs, alors que les péritonites post-opératoires s'accompagnent souvent de signes cliniques plus estompés. Il semble en particulier que les péritonites par lâchage de suture ou point perforant ne s'accompagnent pas d'un syndrome clinique bien net, analogue au drame abdominal des perforations. N'y a-t-il pas des perforations d'ulcère peptique qui sont méconnues ? EDELMANN, dans sa thèse, l'affirme : « Il doit certainement exister un certain nombre de perforations d'ulcère peptique qui restent absolument méconnues et n'en évoluent pas moins vers la guérison spontanée. » « Certainement » indique bien que la chose est douteuse; mais nous sommes tout à fait de son avis et nous pensons qu'il faut s'attacher à découvrir ces formes. L'examen radiologique des opérés est devenu, enfin, courant. Il est actuellement surtout utilisé pour déceler des signes d'occlusion; il faut aussi penser à rechercher le pneumopéritoine, sans oublier, dans les premiers jours, que l'intervention crée un pneumopéritoine.

Il faut remarquer enfin que l'aspiration gastrique ou jéjunale continue, si facilement mise en route dès qu'un malade vomit, réalise peut-être le meilleur traitement d'une complication méconnue.

Les perforations tardives nous retiendront plus longtemps.

Les antécédents de ces malades sont très variables et tout peut se voir, depuis les crises douloureuses ou les douleurs

continues atroces se terminant par une perforation, jusqu'à la latence complète. Le malade de MARQUIS (in thèse de RIOU) a eu six ans et demi « d'excellente santé ». Celui de BERTRAND et MARTIN (RIOU, *loc. cit.*) est si bien, l'absence de troubles digestifs est si complète, que, malgré la cicatrice sus-ombilicale, on porte le diagnostic d'appendicite et on fait une incision iliaque droite. Même latence, même erreur de diagnostic, même incision chez la malade de BÉGOUIN (RIOU, *loc. cit.*). Il est certain que souvent l'interrogatoire est trop vite fait. Ces cas de latence complète — MONDOR y a insisté — sont souvent dus à un examen trop hâtif.

Mais voici l'observation de GUÉNIN et PERTUISET : non seulement l'interrogatoire « le plus minutieux » ne révèle aucun signe ulcéreux récent, mais de plus leur malade a subi, un mois avant la perforation en péritoine libre d'un ulcère jéjunal, un examen radiologique gastrique et les clichés normaux ont fait ramener l'invalidité de 40 à 15 %.

Devant ces ulcères précoces ou ces ulcères plus tardifs, mais qui n'ont jamais fait parler d'eux, une question se pose : depuis combien de temps cet ulcère existe-t-il ? La réponse est facile; dans le premier cas, il s'agit d'ulcères aigus évoluant en quelques heures ou quelques jours vers la perforation. Il est plus difficile d'affirmer qu'il en va de même pour les ulcères tardifs. Bien souvent, le plus souvent ces malades n'ont pas une latence complète. Tantôt ils signalent « quelques digestions pénibles », tantôt les suites de la première opération ont été troublées, et DESPLAS a insisté sur ces troubles post-opératoires qu'on retrouve par l'interrogatoire des malades atteints d'ulcère peptique.

L'observation XVII de la thèse de RIOU est fort instructive.

Gastro-entérostomie en 1929 chez un alcoolique invétéré; malgré son intempérance, il va bien jusqu'en 1932. Mais cette année est marquée par des digestions pénibles pour certains aliments; mais « pas de douleurs ni de vomissements ». Il ne va même pas voir un médecin.

En septembre 1932, il reçoit un matin un coup assez vio-

lent dans l'abdomen, mais n'interrompt nullement ses occupations. A 14 heures, il se plaint de gêne et de gonflement, mais va néanmoins se promener. A 18 heures, « au café », brutalement apparaît le syndrome le plus typique d'ulcère perforé. L'intervention montre un ulcère perforé du jéjunum.

Plusieurs explications sont possibles.

L'absence d'examen histologique (on suture avec succès la perforation) pouvait faire discuter le diagnostic d'ulcère peptique; c'est cependant le diagnostic de loin le plus probable.

Mais quels sont les rapports de l'ulcère peptique et du traumatisme ? Il est difficile d'admettre que le traumatisme ait créé l'ulcère peptique dont l'évolution spontanée aboutit quelques heures après à la perforation. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'observation indiscutable d'ulcère peptique traumatique. Il est beaucoup plus probable que le traumatisme a été l'agent de perforation d'un ulcère peptique jusque-là latent. Quant au décalage entre la lésion anatomique, la perforation, et son expression clinique, elle ne peut guère étonner. Ce décalage, cette non coïncidence, est un fait bien connu pour nombre d'affections.

Grégoire avait déjà soutenu que le syndrome clinique de l'ulcère perforé pouvait n'apparaître qu'avec un certain retard. Il nous semble qu'on peut, sans forcer les faits, admettre que le malade dont nous venons de transcrire l'observation était atteint d'un ulcère peptique rigoureusement indolore dont le traumatisme facilita la perforation.

L'observation de Marquis montre un malade en « excellente santé », atteint d'une perforation d'ulcère gastro-jéjunal six ans et demi après une gastro-entérostomie en Y. A l'intervention, on trouve un ulcère dont les bords sont « nets, arrondis, mais *épaissis* ». On peut donc penser qu'il s'agit d'un ulcère évoluant depuis quelque temps et cependant indolore.

Malheureusement, la plupart des observations sont succinctes et on trouve rarement juxtaposées l'histoire clinique et les constatations anatomiques.

Nous n'ignorons pas que les lésions anatomiques peuvent évoluer vite. Charrier, réintervenant deux mois après une gas-

trectomie pour ulcère peptique, trouve un ulcère large comme une paume de main et « au-dessus de toute ressource d'exérèse ».

Néanmoins, l'existence d'un ulcère calleux plaide en faveur de son ancienneté. Il existe des ulcères gastro-jéjunaux calleux, et nous pensons que, parmi eux, existent des ulcères latents révélés par leur perforation.

Aucun des faits que nous venons de voir n'est à l'abri de toute critique. Il apparaît cependant qu'il y a là un faisceau d'arguments non négligeables. L'ulcère peptique révélé par une perforation ne nous paraît pas nécessairement un ulcère à évolution aiguë. Ces derniers paraissent actuellement de loin les plus fréquents et il ne faut pas oublier que certains d'entre eux sont indiscutables, comme l'observation suivante de JEANNENEY. Deux ans après gastro-entérostomie, le malade se plaint de quelques douleurs le 19 juillet; le 21 juillet, il a une hématémèse et, le 23, l'ulcère se perfore en péritoine libre.

Peut-être qu'en cherchant mieux, on trouvera plus souvent des ulcères latents et indolores évoluant longuement avant de se perforer.

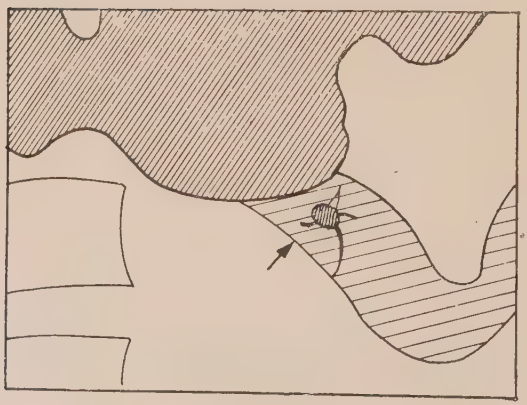
Nous conclurons donc de cette étude des ulcères peptiques révélés par leur perforation : il est prouvé que, pour nombre d'entre eux, « l'ulcère naît perforé ». Il est très probable que quelques-uns existent depuis longtemps à l'état latent et que la perforation correspond à une poussée évolutive. Il est à la rigueur possible qu'un ulcère latent se perfore, que la perforation soit couverte et que la guérison survienne, tous ces accidents restant méconnus.

LES ULCÈRES RÉVÉLÉS PAR DES HÉMORRAGIES.

Nous étudierons ici les ulcères purement, uniquement hémorragiques, où l'hémorragie est le symptôme unique, mais pas toujours bénin, de la maladie.

Nous en apportons ici quatre observations démonstratives. Nous avons pu interroger personnellement trois de ces malades. Ces observations n^{os} 2, 3, 4, 5) sont calquées les unes sur les autres.

Fig. 7. — Observation n° 2 (Malade du Professeur Senèque)



Ulcère peptique indolore et hémorragique.

Cliché fait après le 2e épisode hémorragique.

Niche de face bien visible voir fig. 8 et 9.

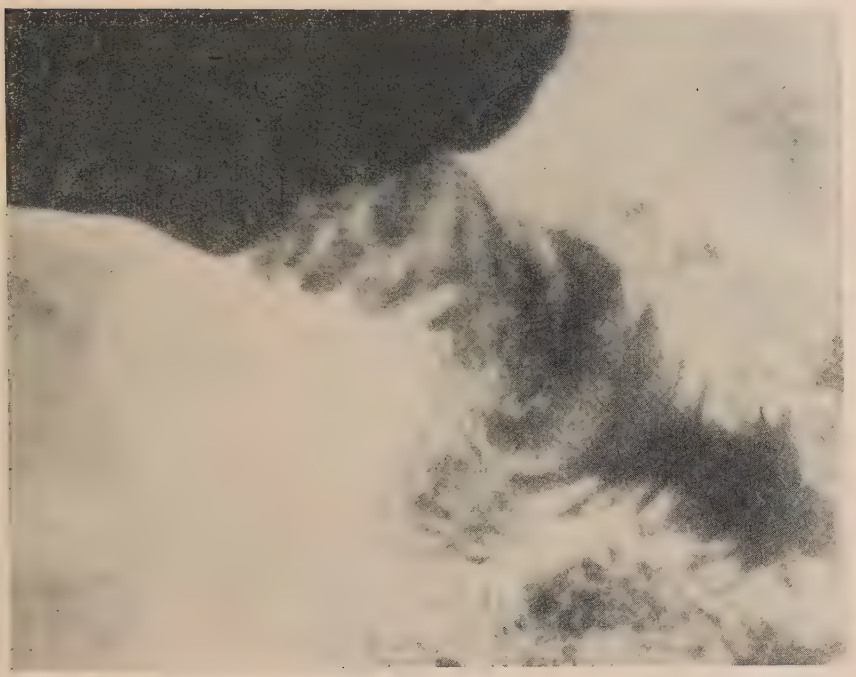
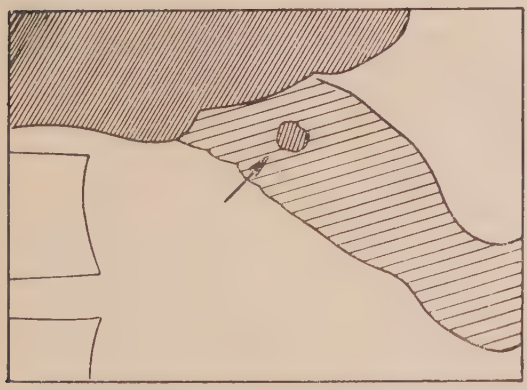


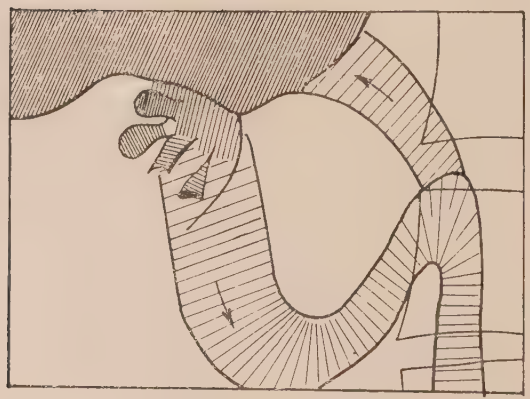
Fig. 8. — Observation n° 2 (Malade du Professeur Senèque)



Même malade que figure précédente.

Niche beaucoup moins nette.

Fig. 9. — Observation n° 2 (Maladé du Professeur Senèque)



Même malade que fig. 7 et 8.

Cliché de profil.

Niche non visible. Il existe un certain degré de convergence des plis.

Le malade de l'observation n° 2 a vécu douze ans avec une gastro-entérostomie sans jamais ressentir la moindre douleur. L'interrogatoire le plus minutieux ne permet pas d'extraire de sa mémoire le plus petit phénomène douloureux; il est absolument formel. Mais ce malade fait, à quatre ans de distance, deux hémorragies graves; toutes deux se terminent sous l'influence du seul traitement anti-hémorragique. La seconde hémorragie est due de façon indiscutable à un ulcère peptique dont on peut voir les clichés (fig. 7, 8, 9, p. 54) et qui fut vérifié opératoirement par M. SÉNÈQUE. Au cours des quelques semaines qui s'écoulent entre l'hémorragie et l'intervention chirurgicale, ce malade ne souffre absolument pas. Il est d'ailleurs connu qu'un ulcéreux qui saigne peut voir ses douleurs disparaître; mais ici, même avant l'hémorragie, il ne souffrait pas. Il est d'autre part infiniment probable que la première hémorragie était due également à un ulcère peptique; on ne peut que regretter l'absence de contrôle radiologique à cette époque.

L'observation n° 3 est analogue. Une hématémèse ouvre la scène cinq ans après l'intervention gastrique. Ces hématémèses se répètent, cinq ou six en cinq ans; elles sont isolées. Le seul épisode douloureux est une crise douloureuse d'une extrême violence qui dure quatre heures et est étiqueté colique hépatique; ce diagnostic nous paraît vraisemblable, car ce type de douleur n'est guère le fait d'un ulcère peptique et ce malade a une vésicule volumineuse qui s'opacifie médiocrement après tétraïode; il a présenté ultérieurement un ictère.

La radio gastrique n'a pas montré l'ulcère peptique, et devant le caractère minime des douleurs, on surseoit à l'intervention. C'est une nouvelle hématémèse abondante, syncopale, amenant le taux ds G. R. à 2.820.000 qui va indiquer impérieusement l'intervention qui confirme l'existence d'un ulcère jéjunal.

Ces deux observations montrent avec évidence que l'ulcère peptique le plus authentique peut être indolore. Même le second cas mérite le nom d'indolore, car les quelques douleurs qu'il a présentées n'ont rien de commun avec les effroyables douleurs de l'ulcère peptique classique. D'autre part, il ne s'agit pas d'un ulcère peptique à évolution aiguë, les hématémèses à

répétition s'étendant sur cinq ans montrent bien qu'il s'agit d'un ulcère chronique. Enfin, on ne peut incriminer l'ulcère ancien qui était cicatriciel.

L'observation n° 4 a ceci de particulier que la gastro-entérostomie date de 1914. Il n'est pas très fréquent de posséder une histoire détaillée d'une affection s'étalant sur trente-quatre ans. Après cette intervention faite pour ulcère duodénal hémorragique par LECÈNE, il n'y a aucun incident pathologique pendant dix-neuf ans. A ce moment, syncope et melæna. Nouvel accident identique douze ans après, en 1945; mais cette fois des radiographies firent la preuve qu'il existait un gros ulcère peptique (fig. 10, 11 et 12, p. 72) ; il nous semble qu'une telle image ne permet pas le moindre doute.

Mais cette observation tire une grande partie de son intérêt de son caractère expérimental. Le malade, en effet, refuse l'intervention qui paraît pourtant impérieusement indiquée, et l'on peut assister à la disparition de la niche sur des clichés successifs.

L'observation n° 5 est calquée sur les précédentes et ne s'individualise que par l'extrême gravité de l'hémorragie (1.470.000 globules rouges).

Dans toutes ces observations, l'origine jéjunale de l'hémorragie ne peut être mise en doute; d'ailleurs, le malade de M. BERGERET avait été opéré par résection enlevant l'ulcère pylorique.

Les ulcères hémorragiques et indolores ne sont donc pas exceptionnels, puisque parmi quatre-vingt-huit observations nous en trouvons au moins quatre indiscutables. D'ailleurs, ces faits, pour peu connus qu'ils soient, ont déjà été signalés.

Il existe dans la thèse de Jacob SIAN des observations analogues.

L'auteur ne paraît pas avoir été frappé par le caractère indolore de certains ulcères peptiques dont il rapporte les observations.

L'observation de TAVERNIER, qui constitue le point de départ de cette thèse, est celle d'un malade qui, depuis son opéra-

tion, est « en bon état avec quelques douleurs ». Une hématémèse « formidable » ouvre la scène. L'hémorragie persiste; on l'opère en plein collapsus; il s'agit bien d'un ulcère peptique qui a provoqué par lésion vasculaire un sphacèle du côlon transverse sur 10 cm.

L'observation de STOLZ est assez superposable aux observations n^{os} 2 et 3. En pleine santé, survient une hémorragie intestinale « foudroyante »... qui guérit par traitement médical. La radioscopie montre une niche persistante au niveau de la bouche de gastro-entérostomie.

Dans l'observation de FINSTERER, il n'est pas question de douleurs, et ce sont les melæna répétés, l'anémie considérable, le collapsus grave qui font poser l'indication opératoire. Le malade a une hématémèse sur la table d'opération : on trouve un ulcère encore saignant mais superficiel.

SANTY, en 1946, sur soixante-deux observations d'ulcère peptique, note que huit fois l'hémorragie est isolée sans douleurs nettes, et deux fois l'ulcère se signale par du melæna à répétition *sans aucune douleur*.

SIGMUND MAGE, de New-York, en 1942, rapporte quarante et un cas d'ulcère récidivant après gastrectomie. Dans dix-huit cas, l'hémorragie domine le tableau clinique. Dans douze cas, les hémorragies s'accompagnent de peu ou pas de douleurs, trois fois la radiographie montre un ulcère peptique jéjunal, et l'auteur ajoute : *ces ulcères indolores mais hémorragiques réagissent bien au traitement médical.*

Il nous a paru intéressant d'insister sur ces formes dont GUTMANN dit qu'elles « sont assez peu connues ». Il en cite dans son ouvrage deux exemples caractéristiques. L'un de ses malades n'a jamais souffert, mais a présenté sept melæna, et il existe une niche d'ulcère peptique à la radio. Le malade refuse l'opération. L'autre avait un ulcère peptique typique et douloureux; le traitement médical supprime les douleurs; mais l'anémie prenant un type pernicieux et la niche augmentant, il fut opéré par le Docteur CHARRIER. Une gastrectomie amena la guérison.

Il est donc prouvé que l'ulcère peptique le plus authentique peut évoluer sans aucune douleur, sous le masque d'une anémie, ou se signaler par des hémorragies répétées et rien que des hémorragies.

Les ulcères révélés par une fistule gastro-jéjuno-colique.

La fistule gastro-jéjuno-colique est de symptomatologie si riche et si grossière que son existence est, le plus souvent, vite reconnue. Il est curieux que ces fistules, par les adhérences qu'elles supposent, par le processus térébrant dont elles témoignent, puissent révéler un ulcère peptique latent. Ce fait est pourtant connu depuis longtemps. G. Loewy, dans sa thèse classique sur les fistules gastro-jéjuno-coliques, le signalait. Sur les soixante-douze observations qu'il avait rassemblées, il notait que la fistule survient en général, après une histoire authentique d'ulcère peptique, mais que huit fois le début de cet ulcère était marqué d'emblée par la fistule. Il y a lieu de penser que les fistules gastro-jéjuno-coliques sont aujourd'hui une forme plus rare de l'ulcère peptique étant donné qu'on décèle mieux et qu'on opère plus tôt les ulcères peptiques; il en résulte que parmi les fistules gastro-jéjuno-coliques, celles qui révèlent un ulcère jusque-là méconnu ont tendance à augmenter. R.-A. Gutmann se garde d'oublier ces formes :

« Dans des cas rares, écrit-il, la fistule jéjuno-colique évo-
« lue à bas bruit, elle est et reste *latente,* il n'y a aucune dou-
« leur ulcéreuse préalable, ou peu de douleurs ou des douleurs
« très passagères et souvent peu caractéristiques. La fistule
« elle-même se fait sans fracas et le diagnostic est une sur-
prie radiologique. »

Quelques observations vont nous montrer la réalité de ces faits.

L'observation n° 6, que nous avons recueillie chez le Professeur Sénèque, est typique : la fistule apparaît « sans douleurs »; elle évolue sans douleurs ni spontanées, ni provoquées par la palpation.

Les observations recueillies chez M. Bergeret sont analogues. Observation n° 7 : le malade n'a eu aucune douleur. Observation n° 8 : la fistule apparaît « sans douleurs ».

M. DUPUY nous a donné une très belle observation (observation n° 9, fig. 6, p. 42) qui vient de paraître dans la thèse d'ALLENO. Le malade s'est plaint au début « de manifestations agaçantes et non douloureuses » : aigreurs et brûlures post-prandiales; plus tard, l'évolution est caractérisée par « l'absence de douleurs », à tel point que cliniquement on pense au diagnostic de cancer.

HEPP et HILLEMAND viennent de publier à la Société de Gastro-Entérologie, une observation de fistule gastrojéjuno-colique rigoureusement indolore dont le symptôme le plus original était le suivant : le malade avait des renvois d'odeur infecte qui s'enflammaient au contact de sa cigarette, et grillaient sa moustache.

Il est assez souvent noté que les douleurs cessent lors de l'apparition de la fistule; mais ce qui est remarquable, c'est que, de bout en bout, l'évolution soit indolore.

Il faut rapprocher ce fait clinique incontestable des constatations opératoires. L'importance des remaniements de la bouche qui sont constatés de façon constante au cours de l'intervention et qui ne la facilitent pas, met bien en évidence le paradoxe que constitue une histoire clinique muette.

La fistule gastro-jéjuno-colique ne s'accompagne pas toujours de symptômes extrêmement accusés. Comme nous venons de le voir, les douleurs peuvent manquer; mais de plus, la communication, nous l'avons vu, peut être étroite ou à clapet, ou fonctionner avec intermittence; tout ceci concourt à la faire méconnaître dans certains cas, ou bien à ne la faire reconnaître qu'avec un certain retard. La fistule gastro-jéjuno-colique large avec diarrhée accusée, permanente, avec vomissements d'odeur répugnante, s'accompagnant vite de dénutrition, ne mérite qu'une mention. Le problème est vite résolu.

Mais il y a des fistules gastro-jéjuno-coliques bien tolérées qui alarment peu le malade : elles méritent qu'on s'y arrête. L'observation de LE GAC n'est intéressante que par son caractère exceptionnel. La fistule, deux fois vérifiée, par le lavement et le repas opaque, fut parfaitement tolérée pendant dix ans, le malade refusant toute intervention chirurgicale. Il n'existe

plus qu'un peu de diarrhée intermittente et il est difficile de savoir si la fistule est fermée ou étroite ou à clapet, car le malade se refuse à subir tout nouvel examen radiologique.

Mais il est plus fréquent de noter des fistules intermittentes, évoluant avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration spontanées. LOEWY, dès 1921, signalait déjà que les périodes d'accalmie avec reprise de poids peuvent durer des années. Le diagnostic à ce moment peut être difficile.

Il faut donc toujours penser à cette possibilité chez les opérés de l'estomac, et au moindre doute pratiquer un lavement baryté qui, nous l'avons vu permet le plus souvent d'affirmer la communication gastro-colique.

Nous venons de voir, parmi les formes indolores, des exemples d'ulcères peptiques indiscutables qui ne se manifestaient que par un seul symptôme et parfois passager, l'ulcère, dans certaines observations, survivant au symptôme transitoire qui l'a révélé. L'hémorragie révèle la lésion, quelques semaines après, chez un malade qui se considère comme guéri de cet accident, la radiographie objective un ulcère peptique, ou l'intervention chirurgicale permet de le voir. L'ulcère existe sans se manifester par aucun symptôme.

Voici encore un exemple : M. BERGERET nous a montré un ulcère peptique développé après une minuscule gastrectomie (observation n° 17). L'ulcère est volumineux, on peut y mettre le pouce; or, ce malade ne présentait plus aucune douleur au moment de l'intervention. Il avait souffert de douleurs typiques d'ulcère peptique; mais sous l'influence du repos au lit, du régime, il avait vu ses douleurs disparaître malgré la persistance évidente de son ulcère.

Du fait qu'un ulcère authentique peut n'être pas douloureux, peut-on déduire que des poussées ulcéreuses sont susceptibles de se produire chez un sujet apparemment bien portant ? Qu'il existe des formes atténuées, nous venons de le démontrer, c'est une vieille notion que DENOUAL avait étudiée dans sa thèse dès 1909. Mais existe-t-il des ulcères complètement latents ? Nous n'en connaissons pas d'observation démonstrative. Pour qu'on pratique des radiographies, encore

faut-il un minimum de troubles. Nous ne connaissons pas d'ulcère peptique découvert fortuitement. Nous avons montré que l'examen radiologique était parfois impuissant à démontrer l'existence de l'ulcère peptique, même quand on y songe cliniquement, qu'on met tout en œuvre pour le dégager. On peut donc penser que l'existence d'un ulcère peptique complètement latent est une hypothèse qui mérite d'être envisagée.

II. — LES ULCERES PEPTIQUES COMPLIQUES

Il faut immédiatement les signaler, après ces formes indolores que nous venons de voir. On ne saurait trop insister sur la gravité de ces complications qui peuvent mettre en jeu la vie du malade. Il faut souligner que tout ulcère peptique comporte, d'un moment à l'autre, un risque mortel soit par perforation en péritoine libre, soit par hémorragie. L'ulcère peptique peut à tout instant présenter une évolution perforante et s'ouvrir en péritoine libre, ulcérer une artère ou réaliser une fistule gastro-jéjuno-colique. Cette dernière complication n'est pas la moins grave, car elle indique impérieusement l'intervention chirurgicale et celle-ci est beaucoup plus grave dès le moment où s'est établie la fistule gastro-jéjuno-colique.

Nous n'étudierons pas ici la séméiologie de ces complications qui sont parfaitement connues. Nous indiquons plus loin les références bibliographiques concernant ces sujets.

Il nous a paru plus intéressant de rechercher dans quelle mesure il est possible de prévoir ces complications, de prévoir l'évolution d'un ulcère peptique.

III. — LES FORMES EVOLUTIVES DE L'ULCERE PEPTIQUE

Ulcères peptiques douloureux.

Bien que notre intention ait été de mettre en évidence les ulcères peptiques indolores, il n'est pas question de nier la fréquence des ulcères peptiques douloureux. Ce sont les plus fréquents.

Nous pensons qu'il convient de bien individualiser les formes purement douloureuses de l'ulcère peptique, celles où la douleur constitue toute la maladie. La discussion sur les ulcères peptiques après gastrectomies qui eut lieu à l'Académie de Chirurgie, a bien mis ces formes en évidence. Ce sont souvent des ulcères récidivants. Gastro-entérostomie, gastrectomie, recoupes successives du moignon d'estomac se succèdent, et chaque fois les douleurs réapparaissent. Malgré leur intensité, le chirurgien hésite à intervenir, craignant de ne pouvoir faire mieux; le traitement médical est essayé, il échoue. Puis, après quelques semaines ou quelques mois, la violence des douleurs devient telle que le malade supplie qu'on l'opère à nouveau, n'ayant en vue que le répit, plus ou moins long, qui succède le plus souvent à l'intervention chirurgicale. Or, nombre de ces observations qui s'étalent sur plusieurs mois ne mentionnent que les douleurs. L'hémorragie, la fistule gastro-jéjuno-colique ne sont nullement la règle au cours de cette évolution. Ce sont des formes purement douloureuses. Ce n'est nullement le risque de complications qui domine les indications opératoires, ce sont les douleurs. L'observation n° 18 qui s'étale sur douze années est à cet égard typique.

Ulcères peptiques perforants.

Nous voulons parler ici des ulcères peptiques qui se perforent à plusieurs reprises. Edelmann vient de revenir sur leur relative fréquence. Il écrit qu'on peut considérer que « la perforation itérative se produit dans 1/4 à 1/3 des cas ». La moitié des perforations itératives surviennent chez des malades dont la première opération avait été faite pour un ulcère gastro-duodénal perforé.

On voit donc qu'à côté des maladies ulcéreuses douloureuses, il y a des maladies ulcéreuses perforantes.

Quant à la fréquence des ulcères peptiques perforés en péritoine libre, elle est bien difficile à établir. Edelmann, des différentes statistiques qu'il a étudiées, tire le chiffre de 1 à 2 %.

Baltscheffsky, sur trente-trois cas d'ulcères peptiques, en a opéré seize pour perforation, et sur ce nombre neuf avaient

été opérés d'un ulcère gastro-duodénal perforé. Cette discordance montre la difficulté qu'on rencontre pour interpréter les statistiques médicales; nous y avons déjà insisté. On ne voit pas très bien quelle raison invoquer à l'origine de ce haut pourcentage. S'agit-il d'un facteur génotypique ? d'un facteur péristatique ? On ne sait même pas dans quelle direction chercher.

A côté des ulcères perforés en péritoine libre, il faut étudier les ulcères perforés dans un organe ou une région voisine. La perforation dans le côlon ou le méso-côlon est la plus fréquente actuellement; mais le lieu de perforation n'est fonction que du siège de l'anastomose et on a pu voir l'ulcère perforé bouché dans la paroi abdominale antérieure ou le diaphragme (FINSTERER).

Ces différentes variétés de perforation sont très différentes des perforations en péritoine libre, car, à l'inverse de celles-ci, elles supposent des adhérences solides. Il existe des formes de transition : fistule gastro-jéjuno-colique méconnue malgré sa symptomatologie typique et cinq mois après perforation en péritoine libre (observation de SINGER et MEYER in thèse RIOU). La tendance perforante de l'ulcère peptique est bien connue. Mais nous croyons qu'il faut séparer cliniquement ces deux formes évolutives et réserver le nom de formes perforantes aux ulcères souvent aigus qui évoluent vers le péritoine libre.

ULCÈRES PEPTIQUES HÉMORRAGIQUES.

Il semble que certains malades soient prédisposés à faire des hémorragies. Nombre d'auteurs l'ont remarqué.

CLAVEL, dans son mémoire sur les formes hémorragiques de l'ulcère peptique jéjunal, signale que trois fois, sur ses douze observations, l'ulcère initial était lui aussi à forme hémorragique.

SANTY note, à propos de cinq ulcères peptiques hémorragiques, que l'un des malades avait déjà eu une histoire d'hématémèse grave lors de l'évolution de l'ulcère pylorique qui avait motivé la première intervention.

JEAN (de Toulon) a publié l'observation d'un ulcère duodénal hémorragique. Après l'intervention, ulcère peptique à forme hémorragique; il fait une gastrectomie, et trente-trois jours après nouvelle hémorragie avec, cette fois, perforation.

Nous avons signalé déjà ces formes hémorragiques, en particulier l'observation n° 4, où l'ulcère peptique hémorragique survint après un ulcère duodénal hémorragique chez un malade dont le père avait été opéré *in extremis* d'un ulcère à forme hémorragique.

Parfois, les hémorragies, tout en restant un symptôme dominant, ne sont pas rigoureusement isolées. En voici quelques exemples :

L'observation n° 10 est un exemple d'ulcère peptique à prédominance hémorragique. Il s'y ajoute des douleurs; mais à de très nombreuses reprises l'ulcère initial, puis l'ulcère peptique saignent de façon extrêmement grave; il est assez remarquable de noter que jamais ces ulcères n'ont évolué vers la perforation. Il s'agit bien d'une forme essentiellement hémorragique.

L'observation n° 11 est une observation d'ulcère gastrique hémorragique et douloureux que la gastro-entérostomie ne guérit pas; mais il est difficile de dire si les hématémèses et les douleurs qui persistent pendant douze ans sont dues à l'ulcère peptique qui s'est développé ou à la non guérison de l'ulcère gastrique. Cette dernière éventualité reste la plus probable.

L'observation n° 12 est analogue; il est difficile d'interpréter l'origine des hémorragies, car il n'est pas certain qu'il se soit agi d'un ulcère peptique.

L'observation n° 13 est, elle, beaucoup plus nette. M. BERGERET opère un ulcère calleux du duodénum dont les hémorragies avaient amené le chiffre des hématies à 2.666.000. Puis les douleurs reprennent, modérées, et ce sont des melæna très abondants qui motivent l'admission à l'hôpital en 1934 et 1935. En 1936, après deux transfusions de 300 gr., la numération ne montre que 3.420.000 hématies.

L'intervention montre un ulcère jéjunal purement muqueux, sans induration, alors que l'ulcère duodénal est guéri.

Il paraît donc légitime de faire une place à des formes à prédominance hémorragique de la maladie ulcéreuse dont l'ulcère peptique hémorragique ne représente qu'une étape.

Ulcères peptiques a évolution capricieuse.

Ils paraissent actuellement les plus fréquents et ceci diminue considérablement l'intérêt des formes que nous venons d'individualiser. Ils réalisent l'aspect clinique le plus classique.

On y trouve habituellement des douleurs qui marquent le début de la maladie, puis des hémorragies, et, en l'absence d'intervention, se produit un jour une fistule gastro-jéjuno-colique. Ailleurs, ce seront les hémorragies qui ouvriront la scène. Chez d'autres malades, l'intervention n'est acceptée que devant une perforation en péritoine libre. De nombreuses observations, la majorité semble-t-il, font voir la gravité de la temporisation.

Le plus souvent, aucun élément clinique ni radiologique ne permet de faire un pronostic. Le médecin conscient des risques de complications ne peut que conseiller l'intervention chirurgicale.

Toutes les observations que nous avons vues montrant la prédominance de tel ou tel symptôme s'étendent sur plusieurs années; mais quel pronostic aurait-on pu faire lors de l'apparition de l'ulcère peptique ? *L'évolution de tout ulcère peptique est au début imprévisible.*

Cette notion mérite d'être particulièrement soulignée, puisque se multiplient les observations d'ulcères peptiques soignés médicalement.

Ulcères peptiques récidivants.

Nous n'étudierons ici que les ulcères peptiques récidivant après exérèse. Ils viennent d'être mis en vedette par la discussion qui s'est ouverte sur les ulcères peptiques après gastrectomies. En dehors des cas où il existe une faute de technique ou de tactique opératoire qu'on croit pouvoir incriminer, il y a des ulcères récidivants qu'on ne peut s'expliquer de

façon satisfaisante. Force est d'invoquer une « maladie ulcéreuse » particulièrement tenace.

Le diagnostic de ces ulcères est souvent facile. La récidive revêt souvent, mais non toujours, le même aspect clinique que l'ulcère précédent. Les douleurs tiennent habituellement la première place (voir fig. 4 et 5, p. 38).

Les ulcères peptiques évoluant par poussées successives atténuées.

Il est bien connu que l'ulcère peptique débute souvent par des poussées douloureuses assez voisines des poussées évolutives des ulcères gastro-duodénaux. Puis les poussées se soudent, deviennent continues et aboutissent à l'acte chirurgical, parfois précipité par une complication.

A l'inverse, on peut observer des ulcères peptiques qui ont une évolution régressive et qui aboutissent à une guérison, au moins provisoire, soit sous l'influence du traitement médical, soit spontanément.

L'observation de Le Gac que nous avons déjà citée est à cet égard intéressante. La maladie ulcéreuse s'avère d'abord agressive : perforation d'un ulcère du pylore qui guérit par suture et gastro-entérostomie. Peu après, perforation d'un ulcère peptique jéjunal, la suture le guérit; mais en quelques semaines apparaît une fistule gastro-jéjuno-colique, de façon d'ailleurs absolument indolore. L'intervention paraît s'imposer. Le malade la refuse et est revu dix ans après, parfaitement bien portant.

Demole et Sarrazin ont observé un malade opéré par le Professeur Jentzer. Il avait fait une gastro-entérostomie en Y. L'année suivante, le malade souffre; il est traité par l'histidine. L'année suivante, les douleurs sont extrêmement violentes, continues, avec amaigrissement. La radiographie montre une niche de 12 mm. de diamètre. L'intervention est conseillée. On ne la pratique cependant pas, et dix mois après de nouvelles radios montrent l'apparition d'un trajet diverticulaire menaçant le côlon. Par contre, les douleurs sont moins vives. Comme l'intervention ne peut être pratiquée, on continue le

traitement médical. De nouvelles radios sont faites onze mois après qu'on eût constaté l'image diverticulaire. On ne voit plus rien d'anormal. Le malade ne souffre plus. Cette guérison clinique et radiologique se maintient au bout de dix-huit mois.

Gutmann signale ces ulcères précoces et curables dont un cas tout à fait typique qui fut guéri médicalement et est resté guéri depuis. Beaucoup d'auteurs ont constaté l'existence de ces formes.

De Witte écrit : « Tout comme pour l'ulcère gastro-duodénal, on peut voir disparaître la niche ou constater qu'elle se reforme. »

Pour certains auteurs, le traitement médical est un traitement de routine toujours employé en premier lieu.

Grossman en donne plusieurs exemples : une femme subit en 1920 une gastro-entérostomie en Y pour ulcère duodénal. En 1923, elle souffre; la radio montre une niche d'ulcère jéjunal. Après trois semaines de repos au lit et de régime de Sippy, elle ne souffre plus, mais la niche persiste; malgré cela, on ne l'opère pas. Elle fut suivie pendant treize ans sans incidents en dehors de quelques troubles qui cèdent aux alcalins.

Dans son observation 6, il s'agit d'un ulcère jéjunal décelé un mois après gastro-entérostomie antérieure, avec jéjuno-jéjunostomie. Les douleurs, les signes radiologiques font faire le diagnostic. Trois semaines du même traitement (repos, régime) font disparaître les douleurs et l'image radiologique. Seize mois après, nouvelle rechute; l'ulcère est de nouveau visible. Cette fois on opère; on se contente d'une simple excision de l'ulcère. La guérison se maintenait dix-neuf mois après.

La dernière observation réalise une véritable expérience humaine : après une gastro-entérostomie, la malade a deux ans de bonne santé, puis elle est suivie trois ans pour des crises douloureuses sévères hypogastriques et iliaques gauches, pour des hématémèses. Il n'y a pas d'image d'ulcère à la radiographie; mais en décembre 1929, on note la sténose complète de la bouche. On intervient en janvier 1930 et on trouve un ulcère peptique jéjunal adhérent au côlon transverse. On se contente de rétablir la continuité normale du tube digestif.

L'année suivante, l'ulcère duodénal réapparaît. En juin 1934, on fait une gastro-entérostomie antérieure précolique avec jéjuno-jéjunostomie et exclusion du pylore. Deux semaines plus tard, elle revient pour une douleur thoracique basse qui n'est que le symptôme, de siège aberrant, d'un ulcère peptique visible à la radiographie. Le traitement médical entraîne la sédation. En 1937, récidive douloureuse et niche visible. On continue le traitement médical.

Ce qui nous paraît intéressant dans ces observations, c'est l'absence de complications vitalement graves. Pas de perforation en péritoine libre, pas d'hémorragies graves, pas de fistule gastro-jéjuno-colique. Pourtant, certains malades ont été suivis des années. Nous ne pensons pas que ces observations doivent être donnée en exemple; elles sont d'ailleurs anciennes. Nous ne pensons pas qu'il faut faire courir au malade les risques de complications graves pour la seule raison qu'un ulcère peut guérir; mais il est très important de connaître cette possibilité, sinon de guérison, au moins de mise en sommeil momentanée.

Outre ces observations puisées dans la littérature, nous rappelons les observations dont nous avons parlé aux formes indolores, et tout particulièrement l'observation 4, où le malade fit en trente-quatre ans deux poussées ulcéreuses hémorragiques sans lendemain et qui, sans opération, se considère actuellement comme guéri.

Il ne faut d'ailleurs pas superposer ulcères indolores et ulcères à évolution favorable. Un ulcère indolore peut évoluer vers la perforation en péritoine libre; un ulcère douloureux peut ne donner lieu à aucune complication grave (observations n^{os} 16 et 18).

En conclusion : on peut schématiser ainsi l'évolution de l'ulcère peptique non opéré :

— il peut persister sans se compliquer;
— il peut persister et se compliquer;
— il peut cicatriser.

La persistance sans complications est rare mais possible, les observations de ce type s'étendent rarement sur plusieurs

années car au bout de quelques mois en général, ces malades finissent par être opérés. L'intervention chirurgicale est décidée :

— soit sur l'acuité des douleurs (voir observation n° 18) ;
— soit par la crainte légitime de voir finalement survenir une complication.

La persistance avec complications est une éventualité trop commune pour qu'il soit nécessaire de s'y attarder.

La cicatrisation mérite d'être étudiée de plus près. Les observations n°s 4 et 19 avec les clichés qui les accompagnent (fig. 10, 11 et 12, p. 72 et fig. 1, 2 et 3, p. 32) en sont la preuve formelle. Mais ce sont des cas rares voire exceptionnels et de plus que vaut cette cicatrisation ?

On ne doit pas confondre cicatrisation et guérison. Le malade de l'observation n° 19 a récidivé, celui de l'observation n° 4 avait probablement fait une poussée ulcéreuse antérieurement. Tout porte à croire que dans ces formes l'ulcère peptique évolue par poussées, tout comme un ulcère duodénal.

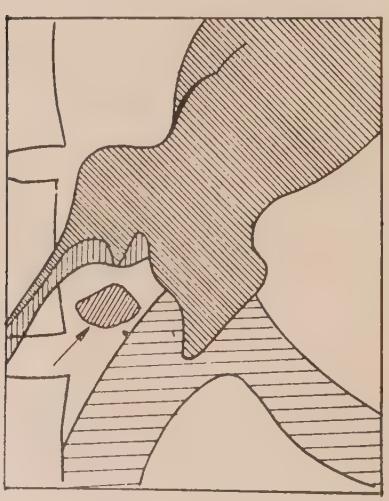
La cicatrisation peut être définitive, équivalant à la guérison. Gutmann le signale sous le nom de « forme transitoire du début ».

Il est impossible actuellement de préciser la fréquence des récidives, leurs modalités, la longueur des intervalles de latence. Il existe trop peu d'observations publiées.

Gutmann en a observé « quelques cas », nous en avons trouvé trois observations dans la littérature anglo-saxonne, de Witte en signale « quelques observations », Demole et Sarrazin en rapportent un cas, Le Gac un cas, mais la cicatrisation est discutable.

Le seul fait certain actuellement, c'est que l'ulcère peptique post-opératoire peut cicatriser soit spontanément, soit sous l'influence du traitement médical. Il faut attendre au moins dix ans pour parler de guérison.

Fig. 10. — Observation n° 4 (Malade du Docteur Porcher)



Ulcère peptique indolore et hémorragique.

Cliché de face.

Niche évidente visible sur tous les clichés de la série.

Voir la fig. suivante après compression.

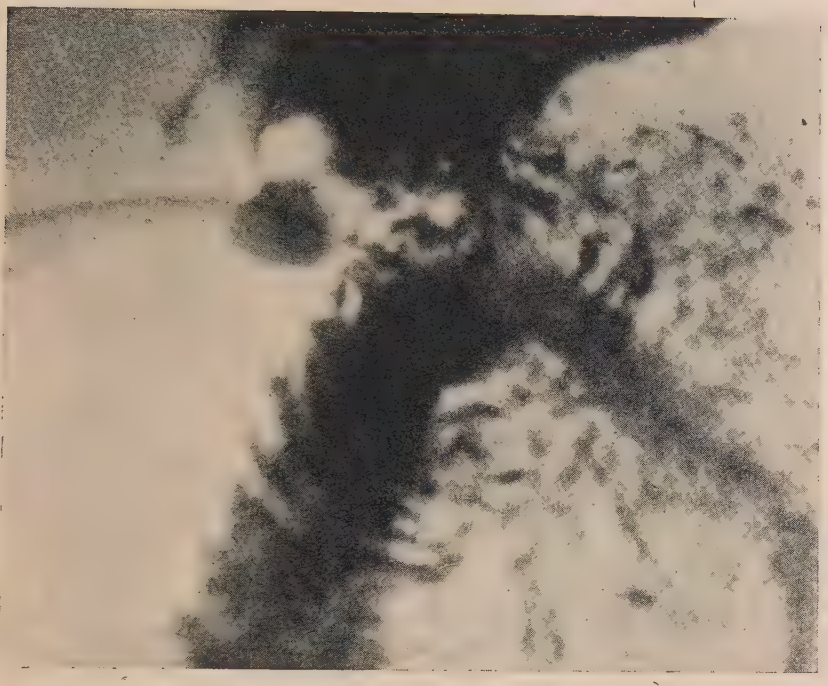
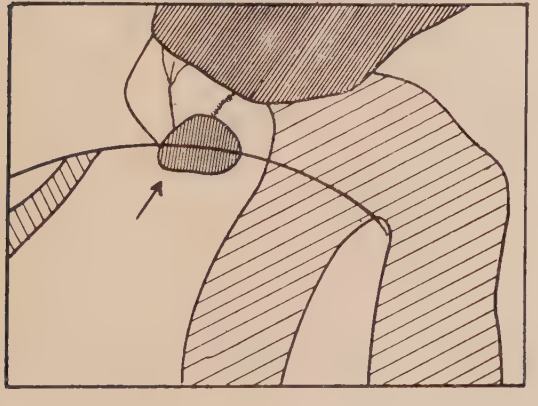
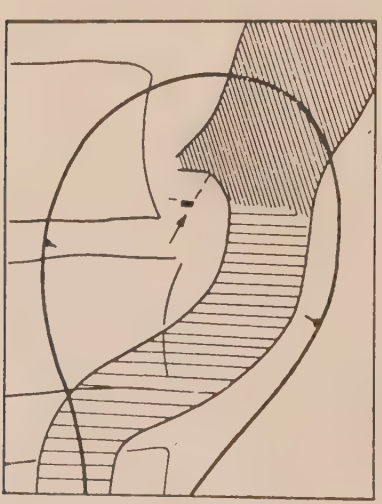


Fig. 11. — Observation n° 4 (Malade du Docteur Porcher)



Même malade que la fig. précédente mais cliché avec compression.
La niche est patente.

FIG. 12. — Observation n° 4 (Malade du Docteur PORCHER)



Même malade que les figures précédentes.

Cliché pris 4 mois après. Il n'y a pas eu de traitement chirurgical.

L'ulcère n'est plus visible. La toute petite tache que nous indiquons n'est visible que sur un seul cliché.

DIAGNOSTIC

Une question liminaire se pose : quelles sont les limites de l'ulcère peptique post-opératoire ? Nous pensons qu'il faut éliminer de ce cadre les ulcérations par fil pendant dans la lumière de la bouche et dans le jéjunum. Leur étude a été faite par AUGUSTE et PARIS. Cette lésion peut être suspectée cliniquement, comme l'ont montré ces auteurs; mais le diagnostic ne peut être vérifié que par la gastroscopie et l'intervention chirurgicale, lorsqu'elle s'avère nécessaire pour retirer ces fils.

Le diagnostic de l'ulcère peptique se pose dans quatre circonstances :

1° les signes cliniques et radiologiques sont nets;

2° les signes cliniques sont trompeurs; les signes radiologiques sont nets;

3° les signes cliniques sont nets; les signes radiologiques sont douteux;

4° ni les signes cliniques ni les signes radiologiques ne sont décisifs.

Les signes cliniques et radiologiques sont nets.

Ceci veut dire qu'on constate des douleurs intenses, continues à exacerbations paroxystiques, et que les radiographies montrent une niche constante sur tous les clichés. Dans ces cas, le diagnostic s'impose, il ne présente aucune difficulté. C'est une éventualité très fréquente.

Les signes cliniques sont trompeurs, mais les signes radiologiques nets.

Ce sont des formes relativement rares; mais nous avons montré que l'ulcère peptique peut évoluer avec un minimum

de symptômes et en particulier sans douleurs ou avec des douleurs peu intenses ou de siège atypique.

Il serait absurde de parler d'ulcère peptique chez tout malade gastro-entérostomisé ou gastrectomisé qui revient consulter soit pour des hémorragies, soit pour des douleurs. Mais la notion importante, c'est qu'il ne faut jamais nier l'ulcère peptique en prenant argument d'une symptomatologie fruste.

DEMOLE, dans sa thèse en 1931, à propos d'un malade qui présentait des hémorragies post-opératoires, donnait entre autres arguments contre le diagnostic d'ulcère peptique : « Les douleurs n'étant pas assez fortes pour un ulcère peptique. » Cet argument, isolé, serait sans valeur aujourd'hui.

Quel que soit le tableau clinique, il faut, sur les radiographies en série, s'efforcer de faire la preuve de l'ulcère peptique. Si les signes radiologiques sont nets : niche, jéjunite, le diagnostic peut être affirmé avec certitude, sur le seul examen des clichés. Il est particulièrement utile dans ces cas de vérifier ce diagnostic par une gastroscopie, car il est toujours préférable d'avoir deux examens concordants. Si la gastroscopie est négative, cela ne doit cependant pas faire rejeter le diagnostic.

Les signes cliniques sont nets, les signes radiologiques douteux.

Nous avons donné de nombreux exemples de ces faits.

Dans ces cas, comme toujours, c'est le signe positif qui l'emporte et il faut accorder toute leur valeur à ces signes cliniques : les douleurs. Elles sont et restent un signe inconstant mais caractéristique de l'ulcère peptique. En pratique, elles permettent d'affirmer l'ulcère peptique que l'évolution ultérieure vérifiera.

Il faut dans ces cas multiplier les examens radiographiques, recourir à la gastroscopie et presque toujours on arrive à vérifier ce diagnostic. Ailleurs, on est contraint de recourir au traitement chirurgical sans avoir pu contrôler le diagnostic clinique.

Les signes cliniques et radiologiques sont douteux.

Il y a alors un problème difficile à résoudre.

De nombreux troubles post-opératoires peuvent être invoqués cliniquement : gastrite, jéjunite, gastro-jéjunite, duodénite, stomite, périgastrite lacunaire de Gutmann. Il n'y a pas de signes cliniques qui permettent de les distinguer.

Or la radiographie montrant l'une de ces lésions ne permet nullement d'infirmer pour autant le diagnostic d'ulcère peptique. Il peut coexister avec elles. Il en est exactement de même pour la reviviscence d'un ancien ulcère gastrique ou duodénal. Son existence peut suffire à expliquer tous les troubles, mais n'exclut pas la possibilité d'un ulcère peptique.

Il n'y a dès lors que deux voies possibles : intervenir chirurgicalement ou multiplier les examens.

La règle doit être de multiplier les examens : refaire des radiographies en série, recourir à la gastroscopie jusqu'à ce qu'on ait pu faire la preuve de l'ulcère peptique.

Mais l'intervention chirurgicale garde encore quelques indications même lorsque le diagnostic n'est pas posé avec certitude.

Les hémorragies répétées, la persistance des troubles fonctionnels malgré le traitement médical sont des indications opératoires d'autant plus impérieuses que l'intervention antérieure est moins parfaite. Et on peut ainsi découvrir un ulcère peptique, parfois volumineux, que l'on suspectait sans en avoir jamais pu faire la preuve.

En résumé : affirmer l'ulcère peptique n'est plus aujourd'hui très difficile, mais affirmer qu'il s'agit de jéjunite ou de périgastrite isolée ou que l'ancien ulcère suffit à expliquer tous les troubles est au contraire très délicat et souvent impossible.

Quant au diagnostic des complications, nous ne l'étudierons pas ici. Le diagnostic des fistules gastro-jéjuno-coliques les plus trompeuses, comme celle de l'observation n° 9, n'est pas très difficile avec l'aide de la radiographie. Ce diagnostic des perforations en péritoine libre est un problème d'urgence qui se place sur un plan très différent de celui de l'ulcère peptique proprement dit.

En ce qui concerne les hémorragies, qui sont tantôt un symptôme, tantôt une complication, il suffit de savoir, comme

nous l'avons vu, qu'elles doivent souvent être rattachées à d'autres lésions qu'un ulcère peptique. Rien dans leur aspect ne permet de préjuger de leur cause; nous sommes ainsi ramené, comme toujours en matière d'ulcère peptique, aux examens radiologiques et gastroscopiques qui seuls peuvent confirmer mais jamais infirmer le diagnostic d'ulcère peptique.

Mais le problème posé par ces hémorragies est particulièrement complexe lorsqu'elles posent un problème qui doit être résolu d'urgence. S'il s'agit d'une gastro-entérostomie, il est impossible de savoir si c'est l'ancien ulcère qui saigne ou l'ulcère peptique ou les deux à la fois. Bien souvent l'hémorragie est révélatrice; dans ces cas, on ne peut se fonder que sur l'histoire clinique, nous avons vu qu'elle est très insuffisante pour permettre un diagnostic exact.

CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES

Il faut distinguer ici les ulcères peptiques compliquées et non compliqués.

ULCERES PEPTIQUES COMPLIQUES

1° *De perforation en péritoine libre.*

L'intervention chirurgicale d'urgence est impérieusement indiquée et on ne peut encore admettre aucune exception à cette règle. L'avenir dira si la méthode d'aspiration gastro-jéjunale continue a des indications et quelles sont ces indications.

2° *De fistule gastro-jéjuno-colique.*

L'intervention chirurgicale est nécessaire et on peut pratiquement oublier ici ce que nous avons vu concernant les fistules bien tolérées pendant des années. Ce sont de rarissimes exceptions qui ne sauraient infirmer la règle de toujours intervenir chirurgicalement.

Un cas cependant mérite d'être discuté : si le malade est vu alors que sa fistule est momentanément fermée, en excellent état général, faut-il opérer ? Nous pensons qu'il faut profiter de cet excellent état général pour réaliser l'intervention chirurgicale dans les meilleures conditions. Loin d'être une contre-indication, cette éventualité constitue une indication majeure. Si cependant la fermeture « momentanée » persiste depuis de longues années, on peut hésiter. Ce sont des cas actuellement trop exceptionnels pour qu'ils méritent d'être discutés.

3° *D'hémorragies.*

L'indication chirurgicale doit être discutée selon que le malade est vu pendant l'hémorragie ou à distance d'elle.

QUE DOIT-ON FAIRE EN PÉRIODE HÉMORRAGIQUE ?

Le problème, pas plus que pour les ulcères gastro-duodénaux, n'est résolu. La plupart du temps, dans les observations que nous avons lues, l'intervention chirurgicale est différée et il est certain alors qu'elle est grevée d'une très lourde mortalité.

Il semble qu'actuellement, la vulgarisation de la réanimation fait gagner du terrain à l'intervention radicale d'urgence, en ce qui concerne les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.

Il en sera peut-être de même pour les ulcères peptiques, encore que l'acte chirurgical soit beaucoup plus complexe.

En tout cas, l'intervention radicale d'urgence ne peut se défendre que si toutes les conditions favorables sont réunies : chirurgien très entraîné à la chirurgie viscérale, anesthésie parfaite, réanimation pré, per et post-opératoire, conditions matérielles satisfaisantes.

Mais il faut envisager d'autres opérations que l'intervention radicale. Il y a trois possibilités :

— l'opération radicale;

— l'hémostase directe;

— la jéjunostomie.

L'opération radicale enlevant l'ulcère peptique, l'anastomose et l'estomac (après gastro-entérostomie) ou une partie du moignon (après gastrectomie). C'est une intervention grave à laquelle on ne peut guère songer, nous venons de le voir, chez un malade ayant beaucoup saigné. Ses indications paraissent très limitées en période hémorragique.

L'hémostase directe après gastrotomie ou jéjunotomie vise à pincer et lier une artère ulcérée. C'est une intervention relativement importante, pas toujours réalisable et si cette tentative d'hémostase forcément laborieuse, souvent aveugle échoue, il ne reste plus qu'à recourir à l'opération radicale par

laquelle il eut mieux valu commencer. Cette intervention a été pratiquée, elle ne paraît plus avoir que d'exceptionnelles indications.

La jéjunostomie. — Elle vise à mettre la lésion au repos. Elle tire essentiellement ses indications de la gravité, de la répétition des hémorragies. Elle doit être pratiquée lorsque le traitement médical s'avère impuissant et quand l'opération radicale est hors de cause, du fait de la gravité de l'anémie. La jéjunostomie faite à l'anesthésie locale est une intervention mineure. M. Sénèque regrettait de ne pas l'avoir pratiquée chez la malade de l'observation n° 20.

En résumé :

Nous pensons qu'actuellement, dans la majorité des cas, il faut attendre quarante-huit heures, sous couvert d'une surveillance clinique soigneuse, en mesurant, en suivant le chiffre des hématies. Eventuellement, on peut être amené à faire une jéjunostomie.

Seules des statistiques étendues montreront s'il faut se rallier à l'intervention radicale d'urgence *qui exige en premier lieu un diagnostic sûr.*

Quelles sont les indications chirurgicales a distance d'une hémorragie ?

L'hémorragie est en règle une indication au traitement chirurgical; nul ne peut prédire si cette hémorragie récidivera ou non; l'intervention est en général formellement indiquée; nous reverrons tout à l'heure quelles exceptions peut souffrir cette règle.

On voit donc qu'il n'y a pas de contre-indications opératoires autres que momentanées quand il s'agit d'un ulcère peptique compliqué.

ULCERES PEPTIQUES NON COMPLIQUES

Tout l'effort de ces dernières années a été de reconnaître et d'opérer tôt les ulcères peptiques post-opératoires pour éviter des complications graves rendant l'intervention plus péril-

leuse. Aussi le diagnostic d'ulcère peptique a pour corollaire immédiat, dans la grande majorité des cas, l'intervention chirurgicale. Cette règle souffre quelques exceptions que nous allons étudier.

Il faut distinguer deux ordres de faits. Le diagnostic peut être assuré ou douteux.

Le diagnostic d'ulcère peptique est sur.

Ce diagnostic repose, nous l'avons vu, sur des signes précis, recueillis soit à la radiographie, soit à la gastroscopie. Nous laissons de côté les faits où le diagnostic est purement fondé sur des signes cliniques quelle que puisse être la netteté de ces signes.

Lorsqu'on a vu l'ulcère et, nous le répétons, en dehors de toute complication, il faut recourir d'abord au traitement médical et suivre les effets de ce traitement.

Ce traitement doit se faire à *proximité d'un centre chirurgical.*

Ce traitement doit être suivi d'examens cliniques et radiologiques.

Diverses éventualités peuvent se produire :

1° Les signes cliniques disparaissent : c'est extrêmement fréquent, on ne peut en tirer aucune conclusion quant à la guérison de l'ulcère. Ce qui doit seul entrer en ligne de compte, c'est la disparition simultanée de l'image de l'ulcère là où elle avait été vue avant la mise en route du traitement, soit sur les radiographies, soit au gastroscope (fig. 1, 2 et 3, p. 32 et 10 à 19, p. 72 et 102).

Nous avons insisté sur le fait qu'un ulcère peptique pouvait échapper soit à la radiographie, soit à la gastroscopie; mais il paraît légitime d'admettre que si on connaissait parfaitement son siège, sa forme, sa taille, et qu'on ne le retrouve plus ultérieurement là où il avait été vu, c'est qu'il est cicatrisé. L'étude comparative des clichés avant et après traitement permet d'affirmer que l'ulcère a disparu (observations n°s 4 et 19).

De même à la gastroscopie, on peut constater que là où siégeait l'ulcère la muqueuse est redevenue normale ou cicatricielle. Au cas où un doute persisterait, il suffit de refaire des examens jusqu'à bien mettre en évidence la région où siégeait l'ulcère. Il est important que le même médecin fasse et interprète les examens. Sous ces réserves, on peut, dans certains cas, à vrai dire peu fréquents, considérer l'ulcère comme cicatrisé soit sous l'influence du traitement médical, soit spontanément. L'intervention chirurgicale devient alors inutile, à moins que d'autres lésions la justifient : reviviscence de l'ancien ulcère après gastro-entérostomie, par exemple.

Dans d'autres circonstances, on voit bien disparaître les signes cliniques, mais les signes radiologiques (ou endoscopiques) persistent, souvent même l'ulcère grandit. L'intervention et alors formellement indiquée et la seule difficulté est parfois de la faire accepter au malade quand il ne souffre pas. Même dans ces cas, le traitement médical a été utile, permettant d'opérer dans de meilleures conditions.

2° Les signes cliniques persistent : dans ce cas, les examens paracliniques montrent toujours la persistance de la lésion et il faut toujours opérer.

On voit donc que devant un ulcère peptique vérifié par les examens paracliniques, le traitement purement médical peut suffire à amener la cicatrisation qui ne doit être affirmée que sur des tests précis. Ces malades doivent être suivis ultérieurement et mis en garde contre la possibilité de récidives. La cicatrisation de l'ulcère après une poussée évolutive ne signifie pas que la maladie ulcéreuse est guérie. On pourrait y voir un argument en faveur de l'intervention chirurgicale systématique; nous ne le pensons pas. De la récente discussion sur les ulcères peptiques après gastrectomies, il ressort en effet que la gastrectomie secondaire n'offre pas les mêmes garanties vis-à-vis de l'ulcère peptique que la « gastrectomie » d'emblée, large, bien faite ». Il paraît illogique d'opérer dans ces conditions un ulcère peptique cicatrisé.

Parmi les formes qui réagissent bien au traitement médical, il faut signaler certaines formes transitoires de début (Gut-

MANN) et les formes hémorragiques pures rigoureusement indolores. Il peut paraître étonnant de conseiller l'abstention chirurgicale dans ces formes hémorragiques, étant donné ce qu'on sait de la gravité de cette complication. Le risque est indéniable mais indéniables aussi les risques de l'intervention chirurgicale, et celle-ci ne met pas sûrement à l'abri des récidives. Nous pensons que ces formes purement hémorragiques et rigoureusement indolores, lorsqu'aucune hémorragie n'est vitalement grave, surtout si les poussées sont espacées, constituent une indication majeure au traitement médical et d'autant plus que l'intervention antérieure a été correcte.

L'ULCÈRE PEPTIQUE EST DOUTEUX.

Les indications thérapeutiques deviennent difficiles à schématiser. Il faut s'appuyer sur trois ordres de faits :

— la nature de l'intervention ou des interventions antérieures;

— les signes cliniques;

— les signes radiologiques.

Les interventions antérieures.

Il n'y a pas de parallélisme absolu entre le type de l'intervention et son résultat fonctionnel. Si les résultats fonctionnels sont parfaits, peu importe le compte rendu opératoire. Dès qu'il existe des troubles fonctionnels, tout change; on peut prévoir que ces troubles s'aggraveront et une intervention correctrice devient légitime, tout en se rappelant qu'elle a d'autant moins de chances de succès qu'elle succède à de plus nombreuses interventions.

C'est alors qu'on est amené à opérer pour réséquer un moignon pyloro-duodénal restant, pour réaliser une véritable gastrectomie après pylorectomie, pour supprimer une gastro-entérostomie en Y ou une gastro-entérostomie à anse longue avec jéjuno-jéjunostomie, etc.

L'intervention paraît beaucoup plus discutable après gastrectomie correcte. Il ne faut pas trop se fier, nous l'avons vu, à l'aspect radiologique : mieux vaut connaître le compte rendu

opératoire et si possible le nombre de centimètres de grande courbure et de petite courbure qui ont été réséqués.

La difficulté de trouver un geste chirurgical logique, simple, efficace, après gastrectomie correcte, a fait le succès de la vagotomie double. Il est encore difficile de la juger.

Les signes cliniques.

Ils acquièrent une grande importance quand le diagnostic est radiologiquement douteux; à eux seuls, ils peuvent contraindre à l'intervention, et ce sont surtout les douleurs et les hémorragies.

Ils peuvent, par leur persistance, jouer un rôle d'appoint dans les indications opératoires, associés soit à des signes radiologiques, soit à la notion d'une intervention antérieure défectueuse, soit à une stomite constatée par endoscopie.

Les signes radiologiques.

Même si la niche est invisible, l'examen radiologique peut être d'un intérêt essentiel pour poser les indications thérapeutiques montrant :

— soit la persistance d'un ancien ulcère le plus souvent duodénal, rarement gastrique haut situé;

— soit l'apparition d'un nouvel ulcère;

— soit une gastro-entérostomie mal placée et surtout fonctionnant mal. La sténose de la bouche, la dilatation de l'anse afférente méritent le plus souvent un traitement chirurgical. Enfin on peut observer au niveau de la bouche une image douteuse qui, persistante et associée à des signes cliniques, entraîne l'intervention chirurgicale.

Des signes cliniques et radiologiques, de la nature des interventions antérieures se déduisent autant d'indications opératoires. L'intervention montre alors parfois un ulcère peptique que rien ne permettait d'affirmer ou au contraire n'en découvre aucune trace.

Il semble donc qu'on ne doit pas rejeter l'intervention chirurgicale malgré un diagnostic imprécis. Il paraît dangereux de se confier aveuglement au traitement médical, quand, après

gastro-entérostomie, un malade présente des troubles et que l'on ne peut arriver à objectiver l'ulcère peptique.

Ces cas doivent être très sérieusement analysés. Sans perdre de vue que la majorité des troubles après gastro-entérostomie ou gastrectomie ne sont pas dus à un ulcère peptique, il y a des cas où l'intervention devient légitime et permet de découvrir un ulcère peptique jusque-là méconnu.

Le traitement purement médical de l'ulcère peptique obéit à des règles très précises et doit être appliqué dans des circonstances bien définies.

Ce traitement comporte un certain risque. GROSSMANN a publié une observation d'ulcère peptique jéjunal diagnostiqué et traité médicalement qui, pendant le traitement, se perfora en péritoine libre. Il fut d'ailleurs guéri par l'intervention chirurgicale.

Il faut se rappeler que MAKKAS et MARANGOS (d'Athènes) ont publié soixante dix-huit cas d'ulcères peptiques dont quatre furent traités médicalement : trois moururent et le quatrième continue à souffrir.

Le traitement purement médical ne doit être appliqué qu'à des cas soigneusement choisis. Généraliser ce traitement, s'en remettre trop souvent à lui, ce serait s'exposer à multiplier les complications graves, les hémorragies mortelles, les fistules gastro-jéjuno-coliques; ce serait revenir de vingt ans en arrière.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

M. D..., Louis, cinquante-huit ans (Service de M. BERGERET).

Volumineux ulcère calleux de D[1] opéré le 25 septembre 1940 par M. BERGERET. Les difficultés techniques font pratiquer une gastrectomie pour exclusion avec implantation gastro-jéjunale. Ce malade mourut le 10 octobre suivant d'un ulcère peptique jéjunal aigu perforé immédiatement au-dessous de l'anastomose. On constate une péritonite suppurée généralisée.

OBSERVATION N° 2

(Malade de M. le Professeur SENÈQUE)

M. A.., soixante-et-un ans, industriel, a commencé à souffrir de l'estomac en 1918. Il souffre pendant dix-huit ans, jusqu'au jour où LARDENNOIS lui fait une gastro-entérostomie en 1936, à l'âge de quarante-neuf ans. Cette opération transforme radicalement sa vie. La douleur, qui avait fini par lui donner une humeur « acariâtre », disparaît et ne réapparaîtra *jamais*. Nous l'avons nous-même longuement interrogé sur ce point. Ce malade suit par ailleurs un régime peu strict, mais sans excès. Il ne boit pas d'alcool, mais fume plus d'un paquet de cigarettes par jour.

En 1944, brusquement, sans prodromes, il fait une hémorragie grave (hématémèse et melaena) qui guérit médicalement et n'entraîne aucun examen radiologique.

Il se remet et reprend une vie active, ne présentant ni vomissements, ni douleurs.

En mai 1948, sans aucun signe prémonitoire, sans aucune douleur, il fait une nouvelle hémorragie grave. On lui fait d'extrême urgence une

transfusion de 300 gr. le 20 mai. La numération globulaire faite le lendemain montre : G.R. : 2.300.000, G.B. : 15.000, hémoglobine : 37 %. Il reçoit, du 20 mai au 28 mai, 9 transfusions de 250 à 400 gr., soit en tout 2 litres 600 de sang. Après être descendu à 2.100.000 G.R. le 25 mai, il remonte progressivement et dépasse 3.000.000 le 29 mai. En même temps, sa leucocytose revient à la normale, et le 1er juin on note 3.200.000 G.R., 6.900 G.B., et 67 % d'hémoglobine. Ses protides, dosées le 24 mai, montraient 58 gr. 60 par litre, son azotémie : 0,68.

Le Professeur SENÈQUE fut appelé à voir ce malade peu après son hémorragie. Après le délai nécessaire, il demanda des radiographies qui montrèrent un ulcère peptique (fig. 7, 8 et 9, p. 54). Radios du Docteur CHERIGIE.

L'intervention (Professeur SENÈQUE) fut faite peu après sous anesthésie au Pentothal continu et avec adjonction de Curare (HUGUENARD). Elle permit de vérifier l'existence de l'ulcère peptique. On pratiqua, après dégastro-entérostomie, une gastrectomie large (FINSTERER).

Le malade s'alimente le troisième jour, se lève le quatrième jour et sort le huitième jour de la clinique, guéri opératoirement.

OBSERVATION N° 3

W... Henri, quarante-six ans, entre dans le service du Professeur SÉNÈQUE en décembre 1943 pour une hématémèse abondante avec syncope survenue brutalement à 3 heures du matin, le 29 novembre 1943. La numération montrera 2.820.000 G.R. et 60 % d'hémoglobine, 8.600 G.B. avec 81 % de polynucléaires neutrophiles. Voici son histoire :

Gastro-entérostomie le 15 février 1933 par le Professeur P. DUVAL. Il se serait agi d'un ulcère du bulbe douloureux depuis vingt ans. Il est tout à fait calme pendant cinq ans et se considère comme guéri. Puis les hématémèses reprennent; il en aura cinq ou six de 1938 à 1943.

En août 1943, il est repris d'une violente crise douloureuse lui arrachant des cris, à type de striction, diffuse, irradiant à tout l'abdomen. On fit alors le diagnostic de colique hépatique. Depuis août jusqu'à octobre, il perd 6 kg. Il vient le 9 octobre 1943 à la consultation du Professeur CHIRAY (à l'hôpital de Vaugirard). On lui fait des radiographies.

En ce qui concerne l'anastomose, on note : *circulus vicious*, dilatation de l'anse afférente.

On note en outre une vésicule exclue après surimprégnation. Mais les troubles gastriques peuvent perturber le cycle hépato-entérique.

Par ailleurs, l'examen clinique s'avérait négatif en dehors d'une masse de consistance osseuse dans la cicatrice médiane. Masse d'ailleurs visible à la radiographie.

On refait des radiographies le 13 novembre 1943. On ne note pas d'autres anomalies de bouche; l'ulcère peptique n'est pas visible.

On y pense néanmoins, mais le malade a pris du poids, *il ne souffre nullement* ce qui porte à surseoir à l'intervention.

C'est alors que sa nouvelle hématémèse le ramène à Vaugirard.

Il est opéré le 10 décembre 1943 par le Professeur SÉNÈQUE : dégastro-entérostomie et gastrectomie pour ulcère peptique jéjunal. Ulcère peptique très adhérent au côlon et sur le point de s'y fistuliser. Grosse distension du grêle en amont et en aval. Le mésocôlon est infiltré. Libération sous-mésocolique de la bouche de gastro-entérostomie. Résection d'une large partie de la paroi antérieure du grêle avec l'ulcère et suture de cette paroi en deux plans. Catgut (muqueuse), fil de lin. On refait une bouche gastrique dans l'étage sus-mésocolique. Libération de l'ulcère duodénal qui est cicatriciel. On termine cette gastrectomie par anastomose à la Finsterer. Drain. Crins.

Le malade présentait un volumineux ostéome de la paroi antérieure. La bouche était à 11 cm. du pylore et à anse longue.

Il a été revu le 17 avril 1944 pour un ictère; il avait pris *16 kg.*

Le 31 mai 1944, la cholécystographie montrait un gros cholécyste assez faiblement opacifié.

OBSERVATION N° 4

(Malade du Docteur PORCHER)

M. de G..., cinquante-cinq ans, metteur en scène, a été opéré en 1914, à vingt et un ans, d'un ulcère duodénal. Il n'avait jamais eu ni vomissements, ni nausées, ni la moindre douleur; mais il avait eu deux melænas abondants à quinze jours de distance. (Son père avait été opéré *in extremis* d'un ulcère à forme hémorragique.) LECÈNE fit une gastro-entérosto-

mie. Ce malade (si on peut dire) mène une vie normale; il n'a jamais fumé, il boit peu : de temps à autres, un cocktail. Il reste vingt ans en parfait état, ne présentant en particulier aucune douleur, ou quoi que ce soit qui ressemble à une douleur. En 1933, il prend un apéritif, puis un cocktail, et en montant un escalier pour sortir du Lido, il perd connaissance. Le lendemain, un melæna s'extériorise. Il se souvient après coup avoir fait des efforts pour mettre sa voiture en route, le matin même de son hémorragie. On fit des radiographies le 1er mars 1933; elles ne montrèrent pas d'ulcus.

En 1937, il fut examiné par le Docteur PORCHER. Le lavement baryté montrait un côlon normal avec transverse en guirlande; le transit gastro-jéjunal était normal sans anomalie de la bouche.

Puis de nouveau il va parfaitement bien pendant près de dix ans.

En 1945, après s'être couché parfaitement bien, sans avoir rien noté d'anormal dans la journée. (Ce malade, intelligent, se surveille bien), il se réveille à 2 heures du matin avec des bourdonnements d'oreilles, va à la fenêtre, mais s'évanouit et se blesse au front dans sa chute, légèrement. Un melæna abondant s'extériorise rapidement. Il se souvient après coup avoir eu, cette fois encore, des ennuis de démarrage avec sa voiture qui l'hiver part mal : il a fait des efforts.

Le médecin, appelé en hâte, refuse catégoriquement le diagnostic d'ulcère que lui propose le malade, arguant de son caractère indolore. Il semble avoir plutôt incriminé une crise de foie. Il lui conseille de se lever. Le malade suit ses conseils le deuxième jour; mais une nouvelle hémorragie se produit : lipothymie, puis melæna.

Le malade demande une consultation. Le Docteur GUTMANN est appelé. Deux transfusions sont pratiquées et, à quelque temps de là, des radiographies, faites par M. PORCHER, le 10 janvier 1946 (fig. 10 et 11, p. 72).

Les radiographies montrent un ulcère peptique. M. GUTMANN envoie ce malade au Docteur CHARRIER et rendez-vous est pris pour opérer cet ulcère peptique en mars 1946. Mais le malade est appelé à l'étranger; il remet l'opération et part. Au retour, il hésite à se faire opérer. De nouvelles radiographies, faites le 27 mai 1946 par M. PORCHER, ne montrent plus d'ulcère (fig. 12, p. 74), ou une niche si minime et inconstante qu'elle paraît douteuse. D'autres ont été faites en 1948 : elles sont normales.

Répétons que ce malade n'a jamais souffert et que les hémorragies furent rigoureusement isolées. Le malade regrette presque de ne point

avoir remarqué quelque signe avant-coureur qui lui permette de prévoir l'imminence d'une hémorragie.

Signalons enfin qu'il a parfois de petites hémorragies pharyngées (simple striation sanglante dans un crachat) qui furent rattachées à des varices pharyngées après examen de la région par un O. R. L.

OBSERVATION N° 5
(Service de M. BERGERET)

M. F... Gaston, a été opéré le 9 juin 1926, à l'Hôtel-Dieu, d'un ulcère du pylore : gastro-entérostomie. Le 27 octobre 1926, résection. Depuis cette époque, il a beaucoup engraissé, va bien, suit un régime peu sévère, travaille. En juin 1938, il fit une hémorragie ultra-grave, si on en juge par la numération de cette époque qui mentionne 1.470.000 G.R.; il n'aurait eu aucune douleur, et en dehors de cet accident ni hématémèse, ni melæna. M. BERGERET réintervint le 14 octobre 1938 (rachi locale).

Outre les adhérences, il existait un ulcère peptique de la taille de 0 fr. 50, situé sur le jéjunum, immédiatement au-dessous de la commissure inférieure de la gastro-entérostomie. Cet ulcère est perforé, bouché par le mésocôlon transverse. Gastrectomie large. Guérison.

Ce malade fut revu en 1942 pour un cancer du rectum qui fut opéré. Il était toujours vivant en 1944.

OBSERVATION N° 6
(Service de M. le Professeur SÉNÈQUE)

M. F... Julien, cinquante-cinq ans, a des antécédents chirurgicaux chargés. Il aurait été opéré de péritonite en 1932, puis réopéré quelques mois après. Le Professeur P. DUVAL lui fit une gastro-entérostomie pour sténose en 1938. Il fut parfaitement bien pendant huit ans. En février 1946, apparaît une diarrhée abondante (sans douleurs, sans aucun autre signe), avec du sang rouge dans les selles que le malade a remarqué lui-même. Cet état dure deux mois, puis cesse pendant trois semaines, pour reprendre ensuite; mais cette fois la belladone paraît l'améliorer. On lui fit divers

examens : une rectoscopie qui ne montra rien d'anormal jusqu'à 15 cm.; des radiographies. Une première radiographie après ingestion de baryte, le 29 mars 1946, montra qu'il n'y avait pas de passage pylorique, une bouche fonctionnant bien. Un lavement baryté le 12 avril 1946 montre le remplissage gastrique au cours de l'examen, mais ne montra pas la fistule; il en fut de même le 27. Le poids, qui avait diminué en février, est remonté : il est à peu près normal.

Le malade est hospitalisé en vue d'une intervention le 8 juillet 1946. L'examen à l'entrée montre l'absence de douleurs à la palpation, une sensation de liquide avec gargouillement dans le cadre colique.

Il est opéré le 12 juillet 1946 par le Professeur SÉNÈQUE : il existe bien une fistule gastro-jéjuno-colique. Dégastro-entérostomie, gastrectomie type Finsterer. Guérison. Sort le douzième jour.

OBSERVATION N° 7
(Service de M. BERGERET)

M. C..., vingt-quatre ans, a été opéré (par suture) de perforation d'ulcère en 1929. Il va très bien jusqu'en 1933. A ce moment, une nouvelle perforation exige une nouvelle suture avec cette fois une gastro-entérostomie. Il va très bien pendant deux ans et ne se plaint d'aucune douleur.

En septembre 1935, de la diarrhée apparaît : quatre à cinq selles par jour, peu abondantes, jamais sanglantes ni foncées. Cette diarrhée évolue par crises entrecoupées de périodes de constipation de deux ou trois jours. Depuis le début de décembre, ses selles sont moins nombreuses, moins liquides. Par contre, depuis un mois, il se plaint de régurgitations amères, une heure après les repas environ. Pas de vomissements véritables, sauf au début où il a eu un vomissement alimentaire. Il a perdu 3 kg. au début de ces accidents, puis les a partiellement repris. Il n'a pas de fièvre.

M. BERGERET l'opère le 24 décembre 1935, sous rachi et locale. Il existe bien une fistule gastro-jéjuno-colique. Les trois organes sont séparés. L'estomac et le côlon sont fermés en trois plans; l'anse jéjunale est reséquée. L'ulcère duodénal est cicatrisé. Sa cicatrice, épaisse et longue, adhère à la face inférieure du foie. Elle siège sur la face antérieur de D^1 à 1 cm. du pylore. Le pylore exploré avant de fermer l'estomac est largement perméable.

Réintervention le 21 février 1936. Libération des adhérences qui soudent assez intimement la face antérieur du vestibule pylorique et de D1 à la face inférieure du foie. Gastrectomie de droite à gauche et implantation gastro-jéjunale. La trace des sutures gastriques, coliques et jéjunales est à peine visible. L'ulcère duodénal est cicatrisé; on en trouve difficilement la trace.

OBSERVATION N° 8
(Service de M. BERGERET)

Mme C..., quarante-neuf ans, a été opérée d'un ulcère du pylore en 1928 après sept ans de douleurs. Pendant neuf ans, elle ne souffre plus, mais a souvent des vomissements une heure après les repas. Une pneumonie se déclare alors. Après cette maladie, ses vomissements cessent, elle va tout à fait bien. En mars 1943, quinze ans après la première opération, de la diarrhée apparaît : cinq ou six selles par jour. Elle perd 14 kg. en sept mois, et ceci malgré divers traitements. Son appétit est intact et elle n'a pas de vomissements. En septembre, elle a une syncope. Le 1er octobre, on lui fait une rectoscopie qui s'avère négative. Ce sont les radios, le lavement baryté, qui montrent une fistule gastro-colique.

Elle est opérée le 28 octobre 1943 par M. BERGERET sous rachi et locale. Il existe une fistule gastro-jéjuno-colique large comme une pièce de 1 fr., juste sous une implantation gastro-jéjunale après gastrectomie étroite. Séparation du jéjunum et du côlon. Fermeture de l'orifice colique. Résection de l'anse jéjunale et résection large de l'estomac. Jéjunorraphie termino-terminale. Implantation gastro-jéjunale en aval.

OBSERVATION N° 9
(M. DUPUY)

Nous voyons, le 12 décembre 1947, un homme de soixante-sept ans qui nous est envoyé pour un syndrome de sténose pylorique avec vomissements alimentaires comportant des débris ingérés depuis plusieurs jours : amaigrissement impressionnant, clapotage gastrique à jeun, matité dans les flancs. Cet état de sténose progressivement complété depuis trois mois semble dû à un cancer dont il nous est demandé de fournir la preuve.

Les radiographies de l'estomac ne font que compliquer un problème qui paraissait simple en montrant une énorme dilatation de la poche gastrique qui contient du liquide de stase, le remplissage immédiat du grêle et du côlon. Un lavement baryté administré trois jours plus tard permet de constater sur les clichés, à la fois un cadre colique injecté et un bas-fond gastrique opacifié où stagne peut-être le résidu du repas opaque précédemment ingéré. Un deuxième examen par voie basse montre six jours plus tard que côlon et estomac se remplissent à la fois, grâce à une communication qui réunit l'estomac et le côlon transverse à la faveur d'un court segment de grêle, sans doute par fistule jéjuno-colique (fig. 6).

De ce fait, le diagnostic semble se rétablir. Nous savions que notre malade avait subi une gastro-entérostomie en 1942 que lui avait faite à Gien notre ami le Docteur Jean BEAUCHEF qui nous donne les renseignements suivants : « Gastro-entérostomie pour sténose pylorique quasi-complète, état général lamentable, ulcère pyloro-duodénal probable : gros bloc de sclérose pancréatico-duodénale sans adénopathie. » Cette sténose constituait le terme d'une histoire douloureuse épigastrique vieille de vingt ans avec des caractères d'horaire et de périodicité de type franchement ulcéreux.

Ainsi en arrivions-nous à considérer la fistule jéjuno-colique comme la conséquence d'un ulcus peptique consécutif à une gastro-entérostomie pratiquée *in extremis* contre un vieil ulcère sténosant ne permettant pas d'autre recours chirurgical. Mais ce diagnostic se heurtait à quelques discordances, car l'histoire récente ne correspondait en rien à la symptomatologie classique de l'ulcus peptique. En effet, après deux années parfaites, des manifestations agaçantes et non douloureuses s'étaient fait jour : aigreurs et brûlures post-prandiales, pour aboutir dans les derniers mois à un tableau où la disparition de l'appétit et du goût, les éructations, les vomissements alimentaires retardés, la fonte musculaire, l'absence de douleurs réalisent le tableau le plus typique de cancer de l'estomac. Seule, en faveur de la fistule, plaidait la notion d'une diarrhée établie depuis plusieurs mois avec six ou sept selles par jour.

L'hospitalisation, le repos, la réhydratation, la reglobulisation exercèrent sur les signes fonctionnels et l'état général la plus heureuse influence ; mais, comme en dépit de cette amélioration clinique, une communication gastro-colique large, facile et immédiate persistait sur les radiographies, nous nous considérâmes comme tenus au recours chirurgical. L'intervention

particulièrement laborieuse (suppression de la gastro-entérostomie, suture colique, gastrectomie) ne fut pas supportée.

Le Docteur DUPUY ajoute :

De cette observation émergent des notions banales, telle la sévérité d'évolution de ces ulcères duodénaux anciens abandonnés à eux-mêmes, telle la gravité du traitement chirurgical des fistules gastro-jéjuno-coliques. Nous pensons qu'il est important de retenir une autre remarque, beaucoup moins classique, ressortissant à la forme indolente et perforante de l'ulcère peptique.

OBSERVATION N° 10
(Service de M. HILLEMAND)

B... Louis, né en 1890, parqueteur.

Début brusque de la maladie en 1925 par une hématémèse en plein travail, alors que jusque-là il n'avait pas présenté de signes fonctionnels vraiment caractéristiques. Les radios auraient montré à cette époque un « ulcère du pylore ».

Le 18 février 1925 : gastro-entérostomie à Aubervilliers. Va bien jusqu'en 1933, mise à part une hématémèse; mais après une chute à plat ventre d'une hauteur de 3 mètres. Il soucre un peu après le repas en cas « d'excès ».

Nouvelle hématémèse, si brusque que le malade s'évanouit, tombe de 4 m. de haut et se fait une fracture du fémur (qui du reste consolidera bien). Transfusion. Intervention d'urgence. Mais on ignore ce qui fut fait. Dégastro-entérostomie suivie d'une nouvelle anastomose ? Laparotomie purement exploratrice ? Splénectomie ?

En 1937, après quatre ans de bonne santé, reprise de douleurs violentes, brûlures à irradiation postérieure lombaire une heure et demie à deux heures après les repas; et à la suite d'un examen radiologique montrant « un accrochage bismuthé constant sur D^1 »; une nouvelle intervention est faite le 18 février 1937 par le Docteur ROUX-BERGER.

Il trouve « une induration sur la bouche » et pratique une résection de la bouche, puis une gastrectomie rendue très difficile par « le fouillis d'adhérences ».

Le malade est revu le 9 juillet 1937; il a repris 10 k., mais depuis cinq semaines il souffre.

Il présente à nouveau d'abondantes hématémèses, et cet état persiste jusqu'en avril 1941. Pendant ces quatre ans, il est traité médicalement (bismuth, laristine), et a des périodes calmes de quatre à cinq mois.

En avril 1941, une radio montre une poche gastrique importante, une dilatation de l'anse jéjunale afférente (?). L'estomac est hyperacide.

18 avril 1941 : le Docteur ROUX-BERGER réintervient. Adhérences toujours importantes, pas d'induration nette permettant d'affirmer l'existence d'un ulcus peptique. Libération des adhérences. Fermeture en trois plans.

Cette intervention, surtout exploratrice, est suivie d'une amélioration notable pendant deux ans.

Le malade aurait été vu vers cette époque par M. GUTMANN qui aurait conseillé une intervention.

En 1945, nouvelle hématémèse. Des vomissements fréquents, postprandiaux, alimentaires, aigres, non fétides, font leur apparition, tandis que les douleurs tendent à s'estomper.

En avril 1946, après une nouvelle hématémèse, le malade entre dans le service du Docteur HILLEMAND. Le melæna persiste encore, la numération montre 3.390.000 G.R. et 3.000 G.B. A ceci près, l'état général est bon, l'examen négatif.

Des clichés du 6 mai 1946 sont faits et M. PORCHER en donne le compte rendu suivant : « Striction évidente sur le jéjunum, sous l'anastomose, à environ 10 cm. de la bouche, qui fait que l'anse afférente réalise un véritable deuxième estomac statique. Pas d'image authentique d'ulcus peptique. »

Une gastroscopie (Docteur MOUTIER) donne les résultats suivants :

« On voit de face trois orifices exactement en trèfle de carte à jouer; les deux orifices inférieurs sont larges et jumelés, se réunissent par moment en un seul et son séparés par un éperon muqueux vertical. Aucune lésion à ce niveau. L'orifice supérieur, étroit, a 8 à 10 mm. de large, variable, parfois complètement occlus, noir, inexplorable, semble présenter une érosion marginale entre 10 heures et midi. Il est impossible de déterminer à quoi correspond cet orifice. Contrairement à ce qu'on observe de façon banale sur les estomacs opérés, il n'y a pas ici d'œdème ni de gastrite. »

En avril 1947, de nouvelles hématémèses. Le malade a bon aspect; il n'a pas maigri, mais il est asthénique et accuse du dégoût pour les viandes et les graisses.

L'examen est négatif; pas de tumeur épigastrique, pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.

Une radio pulmonaire du 30 avril 1947 montre une opacité non homogène du sommet gauche, une petite tache opaque discrète parahilaire droite.

Le 3 mai 1947, le Docteur J.-M. VERNE pratique une vagotomie dont les suites sont simples.

OBSERVATION N° 11

(Service de M. le Professeur SÉNÈQUE)

M. de G... Jean, quarante-six ans, souffre depuis l'âge de vingt-six ans de l'estomac; il présente des hématémèses. Au bout de huit ans, à trente-quatre ans, on lui fait une gastro-entérostomie. Il n'est soulagé que trois ou quatre mois. Les douleurs réapparaissent, augmentant de fréquence et d'intensité, survenant de deux à cinq heures après les repas, accompagnées de vomissements et parfois d'hématémèses (deux ou trois chaque année). Il est constipé. Il maigrit progressivement. Le régime atténue les douleurs.

Depuis dix-sept jours, les douleurs sont devenues extrêmement violentes, entraînant l'insomnie, non calmées par l'ingestion d'aliments. Ce sont des douleurs à maximum épigastrique, irradiant vers la fosse iliaque gauche.

La numération montre 2.880.000 G.R. et 9.400 G.B.

Après avoir remonté le taux de ses G.R. à 3.500.000, il fut opéré à l'hôpital de Vaugirard le 31 mars 1944. Le Professeur SÉNÈQUE trouva un ulcère peptique jéjunal développé sur une gastro-entérostomie en Y. Mais il existait en outre un ulcère de la petite courbure adhérant en avant au foie, en arrière au pancréas, et remontant presque jusqu'au cardia. Dégastro-entérostomie, gastrectomie large type Finsterer. Le malade mourut le 8 avril 1944.

OBSERVATION N° 12
(Service de M. BERGERET)

M. V... Jean, quarante-six ans, a subi une gastro-entérostomie, au Creusot, en 1921, pour un ulcère duodénal.

En 1922, il fait une syncope et a des selles noires plusieurs jours.

En 1932, même accident.

En 1938, hémorragie, mais cette fois sans syncope.

En juillet 1939, lipothymie, selles noires.

Le 1er septembre 1939, il a des vertiges, se couche après son travail, et le lendemain en allant à la garde-robe, syncope. Il présente du melæna pendant trois jours.

Il n'a jamais souffert depuis 1921. Il mange de tout, digère tout. Il s'est même livré aux expériences suivantes : ingestion à jeun d'un demi-verre d'alcool ou de vinaigre, et n'en a pas éprouvé la moindre gêne.

Son état général est excellent. Il est hypertendu. Sa maxima est montée jusqu'à 30. En octobre 1939, il est à 22-13.

Le 2 octobre 1939, on lui fait des radiographies qui auraient montré une petite tache opaque au niveau de la bouche.

Il est opéré le 13 octobre 1939 par M. BERGERET (rachi + locale). Ulcère haut situé de la petite courbure, gastro-entérostomie à gauche. Partie indurée au niveau de la commissure inférieure dont la rétraction entraîne la formation d'une sorte de jabot. Il semble s'agir de la cicatrice d'un ulcère peptique. Gastrectomie de droite à gauche.

Ce malade fit ultérieurement une anémie pour laquelle il alla consulter le Docteur LENÈGRE. Il se serait agi d'une anémie type Biermer.

OBSERVATION N° 13
(Service de M. BERGERET)

M. B... Henri, trente-quatre ans, a été opéré d'un ulcère calleux du duodénum le 25 mars 1931. M. BERGERET lui fit une gastro-entérostomie. Il avait présenté avant l'intervention une hémorragie grave (G. R. : 2.666.000).

Au bout de deux ans, les douleurs reprennent; elles sont post-prandiales, calmées par les aliments, ne s'accompagnent pas de vomissements; le régime est régulièrement suivi.

Il est admis à Bichat en 1934 pour un melæna très abondant, puis de nouveau le 30 mars 1935 à Beaujon pour un melæna.

Nouvelle hémorragie en octobre 1935, qui nécessite, le 5 octobre, une transfusion (300 gr.); le 11, 3.200.000 G.R., le 16, 3.080.000 G.R. Nouvelle transfusion (300 gr.) le 18; enfin, le 22 octobre, il remonte à 3.420.000 G.R.

Il est opéré le 22 octobre 1935 par M. BERGERET (rachi + locale). L'ulcère calleux de D^1 est guéri; mais D^2 est transformé en un cylindre dur, épais, étroit. L'hémorragie vient d'un ulcère purement muqueux du jéjunum et découvert seulement quand on agrandit la brèche jéjunale pour faire l'implantation. Gastrectomie de droite à gauche. Cet ulcère fut vérifié histologiquement. Le malade sortit guéri le 14 novembre 1935. Il a été revu en excellent état le 20 septembre 1945.

OBSERVATION N° 14

(Service de M. le Professeur SÉNÈQUE)

Mme V..., quarante-quatre ans, vient consulter en 1941 pour des crises douloureuses qui ont commencé deux ans auparavant. Ces douleurs siègent au creux épigastrique, s'accompagnent de vomissements qui calment les douleurs qui, par ailleurs, ne sont pas rythmées par les repas. Elle est traitée avec succès par des injections de laristine.

Gastroscopie en 1941 : pas de lésion gastrique.

En 1942, malgré un traitement médical suivi très attentivement, les douleurs deviennent plus intenses et toute alimentation devient impossible; elle présente même une petite hématémèse, sans melæna, et après cet incident, les douleurs paraissent se calmer.

En 1944, nouvelle crise, et à cette date les radios montrent un ulcère duodénal indiscutable. Devant l'inefficacité du traitement médical qui n'amène que des rétrocessions momentanées, suivies de reprise des douleurs, la malade est opérée le 20 avril 1945. On trouve un ulcère duodénal pénétrant largement dans le pancréas avec grosse attraction du pédicule supérieur. L'exérèse complète paraissant impossible, on fait une résection pour exclusion à travers l'ulcère (Finsterer).

Examen histologique : petite ulcération du sillon pyloro-duodénal en voie de réparation. Adénomatose brünnerienne de voisinage. Après une congestion pulmonaire, la malade se remet bien de son intervention et une radio pratiquée montre un bon fonctionnement de l'anastomose gastro-jéjunale.

La malade reste bien portant jusqu'en février 1947. A cette date, reprise des douleurs qui durent jour et nuit, non influencées par les repas et revêtant le type des douleurs de l'ulcère peptique.

Gastroscopie (Docteur DEBRAY) : gros œdème de la bouche anastomotique sans ulcération visible, sans matériel de suture apparent.

Radiographies : modifications au niveau de l'anse efférente avec aspect en crochet à deux travers de doigt au-dessous de l'anastomose gastro-jéjunale et un rétrécissement du jéjunum sur plusieurs centimètres en dessous de ce crochet. Il existe une tache, sus-jacente, au niveau de la bouche anastomotique (fig. 4, p. 38).

Lors de l'intervention, et à l'ouverture de l'anse jéjunale reséquée, il fut possible de constater qu'il existait en réalité deux ulcères peptiques. L'un au contact même de l'anastomose gastro-jéjunale et qui correspondait à la tache suspendue que l'on voyait à ce niveau, l'autre plus bas dans la région où existait le crochet.

Avant d'intervenir, on mesura l'acidité gastrique :

	HCl libre	HCl total
Avant histamine	0,36 ‰	1,38 ‰
Après histamine	2,08	2,80
«	1,27	3,64
«	3,55	4,45

Deuxième intervention le 14 mars 1947 : ulcère peptique de la bouche anastomotique au contact du côlon, et, lors de la libération de ses adhérences coliques, l'ulcère s'ouvre. Le côlon dépéritonisé est enfoui par un plan de suture. Dégastro-entérostomie. Résection de 10 cm. de jéjunum et anastomose termino-terminale. Résection gastrique sur plusieurs centimètres au niveau de son ancienne section, étant donné la persistance de l'acidité. On rétablit la continuité par une nouvelle gastro-jéjunostomie en aval de la section jéjunale. Drain sous-hépatique. Paroi aux crins. Guérison opératoire.

Histologiquement, on constate l'existence d'une zone ulcérée avec hémorragies diffuses au niveau de la muqueuse et importantes lésions vasculaires sous-jacentes.

La malade revient le 8 octobre 1947. Après trois mois d'amélioration notable, elle a remaigri. Elle se plaint de douleurs dans l'hypochondre gauche survenant une demi-heure après les repas. C'est une sensation de pesanteur avec nausées et vomissements alimentaires et bilieux un jour sur deux. Elle souffre cependant moins qu'avant l'intervention. L'atropine l'améliore.

Le 29 octobre 1947, un tubage donne les résultats suivants :

	HCl libre	HCl total
Avant histamine	0,54 ‰	1,46 ‰
Après histamine	0	0,54
«	0,91	1,64
«	3,65	4,46
«	2,96	3,83

Le 12 novembre 1947, quoique améliorée par le tubage gastrique, elle souffre encore un peu.

Le 15 novembre 1947, la recherche du sang dans les selles est positive.

Le 19 novembre 1947, nouveau tubage :

	HCl libre	HCl total
Avant histamine	0	1,08 ‰
Après histamine	0,18 ‰	0,72
«	0	1,08
«	0	1,44
«	0,72	1,44

Elle est revue le 4 février 1948 : elle a pris 5 kg., ne souffre plus, mais se plaint de quelques nausées et de régurgitations bilieuses.

Le 11 juin 1948 : des radiographies montrent une image de niche tout à fait évidente avec jéjunite (fig. 5, p. 39).

Le 18 juin 1948 : le Docteur M. Roux lui fit une opération de Dragstedt par voie abdominale.

OBSERVATION N° 15

(Service de M. le Professeur Sénèque)

Mme S... Simone, cinquante-deux ans.

Les premiers troubles digestifs sont apparus en 1929 à l'âge de trente-quatre ans. On fit le diagnostic d'ulcère du bord gauche de l'antre pylorique. Une gastro-entérostomie fut faite le 6 mai 1931 par le Docteur

Fig. 13 et 14. — Observation n° 15 (Malade du Docteur Fabre.)
(Service du Professeur Sénèque.)
Ulcère peptique soigné médicalement. La malade va bien actuellement (novembre 1948). Voir également fig. 11 et 12.

Clichés du 26/2/47

BERGERET qui n'aurait pas constaté l'existence d'un ulcère mais noté la présence d'adhérences entre le foie, le duodénum et le pylore. Une grosse amélioration suivit cette opération; mais en 1943, les douleurs réapparurent, plus violentes qu'avant l'intervention. Un nouvel examen fut pratiqué et une radiographie aurait montré un ulcère très haut situé de la petite courbure. Un traitement médical entraîna une amélioration rapide. Cette amélioration persiste un an. Puis, en 1945, réapparaissent des douleurs de plus en plus rapprochées.

La malade voit le Docteur FAROY en août 1946. Celui-ci fait faire une cholécystographie qui aurait montré une vésicule grosse et ptosée sans image calculeuse.

En décembre 1946, la malade consulte le Docteur FABRE, assistant de la clinique Vaugirard. Les radiographies digestives montrèrent une tache pylorique visible sur tous les clichés. Un traitement médical amena un soulagement immédiat. La malade continue cependant à souffrir et est revue le 17 février 1947. Les radios faites le 26 montrent une image beaucoup moins nettes. Quelques jours après, le 5 mars 1947, de nouvelles radios montrent au niveau de la bouche une image des plis assez typique, par leur caractère radiés, mais ils ne sont pas centrés par une niche nettement visible. On continue le traitement médical.

Le 27 juin 1947, cette malade revient pour une crise douloureuse très violente avec hématémèse. La violence des douleurs fait penser à une crise tabétique, car cette malade a eu la syphilis, diagnostiquée en 1927 à l'occasion d'une roséole. Mais le traitement fut régulièrement suivi et il n'y eut qu'un B. W. positif. Il semble donc qu'il faut rattacher cette poussée douloureuse et hémorragique à sa maladie ulcéreuse. Cette malade continue à être suivie.

Ajoutons enfin deux événements intercurrents :

— une hystérectomie en 1925 pour grossesse extra-utérine, avec salpingite;

— une appendicite aiguë en juillet 1947 qui fut refroidie et opérée en novembre.

Nous reproduisons les clichés de février et juin 1947. Les autres étant actuellement chez l'éditeur. Cette observation paraîtra dans le tome III des confrontations radio-anatomo-cliniques (fig. 13 à 19).

Fig. 17 et 18. — Observation n° 15.
Clichés du 26/2/47

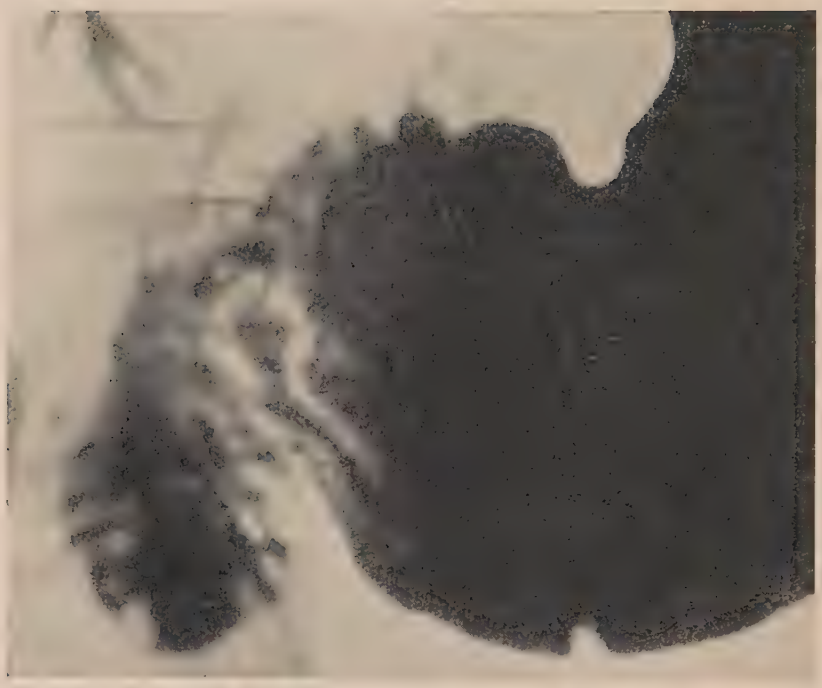


Fig. 19. — Observation n° 15. Cliché du 26/2/47.

OBSERVATION N° 16
(Service de M. HILLEMAND)

B... Jean, trente-quatre ans, est vu à la consultation le 28 février 1944 pour des douleurs épigastriques datant de 1941. En janvier 1942, il a subi une intervention : probablement une gastrectomie d'urgence pour ulcère perforé. Il va très bien pendant un an. Puis, en janvier 1943, il se remet à souffrir. Il s'agit de douleurs post-prandiales survenant deux heures après les repas et durant jusqu'au repas suivant à type de crampes. En octobre 1943, on intervient avec le diagnostic d'ulcère peptique. On pratique une résection de la bouche, une gastro-jéjunostomie et une jéjuno-jéjunostomie de dérivation. Le malade continue à souffrir. La douleur est maintenant plus continue, calmée momentanément par les repas, à type de crampes. Il n'y a pas de nausées, pas d'amaigrissement. Le transit intestinal se fait normalement.

C'est alors qu'il est vu par M. HILLEMAND. L'examen ne montre aucun point douloureux abdominal. Il existe une éventration de la cicatrice opératoire.

Les radios faites le 6 mars 1944 ne montrent pas d'image authentique d'ulcère peptique; voici le compte rendu de M. PORCHER : « Plis très grossiers sur la petite courbure, pas de niche caractéristique d'ulcère peptique. »

Il est revu le 24 avril 1944. Le traitement médical l'a amélioré mais il recommence à souffrir.

De nouvelles radios sont pratiquées le 27 avril 1944 dont M. PORCHER donne le compte rendu suivant : « Tous les artifices ont été employés pour chercher à mettre en évidence une niche d'ulcère peptique. Il y a deux aspects troublants sur la série 5 à 8 et sur le cliché 1, où on trouve des plis confluents immédiatement sous anastomotiques. L'aspect le plus intéressant est celui où on voit une niche en pleine grande courbure sur le versant postérieur. »

Le 22 mai 1944. Ce malade est opéré par M. BERGERET. (Rachi — percaïne + locale.) Médiane sus-ombilicale. Ablation facile du moignon pylorique restant qui a une longueur d'environ 3 cm. et qui présente une muqueuse très pâle. Il existe au niveau de l'implantation gastro-jéjunale une anastomose complexe qui tient à ce qu'une anse jéjunale a été attirée

pour faire l'implantation et qu'une anastomose jéjuno-jéjunale a été faite au pied de l'anse. Volumineux ulcère peptique calleux au niveau de cette anastomose jéjuno-jéjunale. Fermeture : trois plans sans drainage.

A la suite de cette intervention, le malade reprend 14 kg. Ses douleurs ont disparu.

Le malade est revu le 7 novembre 1944. Voici le compte rendu de M. PORCHER : « On voit très bien les deux anastomoses. Les déformations de la grande courbure sont nettement en faveur d'une modification importante et étendue du plissement. »

Il est suivi régulièrement cliniquement et radiologiquement.

En mars 1945 : les radiographies montrent « un éperon sous-tubérositaire pouvant évoquer l'idée d'une localisation ulcéreuse ».

En octobre 1946 : apparition de douleurs épigastriques à type de point de côté, survenant deux à trois heures après les repas, durant deux à trois jours, séparées par des intervalles libres de dix à quinze jours. Bon état général, pas d'amaigrissement. Il est vu en janvier 1947. « Clichés difficilement interprétables. »

Une gastroscopie est faite en février 1948 (Docteur BRULÉ).

Gros ulcère peptique sur la petite courbure du moignon. Gastrite ulcériforme des deux faces du moignon. Bouche très spasmée et œdématiée et chapelet de petites ulcérations descendant jusque dans le jéjunum.

Il est revu le 4 novembre 1948. Va bien, poids stationnaire, ne souffre plus. Il est difficile de dire si cette disparition des signes cliniques correspond à une cicatrisation de l'ulcère, ou à la persistance de l'ulcère devenu indolore.

OBSERVATION N° 17

(Service de M. BERGERET)

M. B... Maurice, chef de chantier, trente-six ans, entre le 11 octobre 1948 dans le service pour de violentes douleurs épigastriques.

Il a commencé à souffrir en 1939. Douleurs assez violentes imposant des attitudes antalgiques durant quinze jours, trois semaines, s'arrêtant pendant deux à quatre mois. Pendant les crises, il souffre trois à quatre heures après les repas dans la matinée, l'après-midi et la soirée. Un exa-

men radioscopique fait poser le diagnostic d'ulcère. Sur ces entrefaits, il est mobilisé, mais l'examen radiologique pratiqué par un médecin militaire infirme le diagnostic d'ulcère. Il est fait prisonnier et un médecin allemand confirme le diagnostic d'ulcère duodénal : il est libéré. Il continue ainsi à souffrir jusqu'en 1945, à ce moment les douleurs augmentent, des vomissements apparaissent empêchant toute alimentation. Il n'y a jamais eu d'hémorragie.

Le 26 juin 1945, une gastrectomie est pratiquée à Brest.

Le malade va très bien pendant deux ans.

Septembre 1947. Apparition de quelques douleurs à type de crampes avec « dureté de l'abdomen ». Ces douleurs ne lui rappellent pas celles qu'il avait avant l'opération. Elles sont très soulagées par des compresses d'eau chaude.

Ce sont des douleurs quotidiennes, tardives (quatre à cinq heures) calmées par les aliments. Il est réveillé toutes les nuits vers 2 à 3 heures du matin par ses douleurs. Cependant le repos au lit a une influence favorable et le travail au contraire exagère les douleurs.

L'augmentation des douleurs finit par obliger ce malade à cesser son travail le 5 octobre 1948. Cependant, ces douleurs n'ont jamais été très violentes, elles étaient « supportables ». Il souffrait tous les jours mais jamais vingt-quatre heures de suite.

Le 11 octobre 1948, il entre à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'alite et de ce fait va beaucoup mieux, les douleurs s'atténuent considérablement, devenant de simples « pesanteurs ».

Des radios montrent un ulcère peptique jéjunal typique.

Examens pré-opératoires. Azotémie 0,28, numération : G.R. 4.400.000, G.B. 6.800, Hgb. 100.

Il est opéré le 14 octobre 1948 par M. BERGERET sous anesthésie au pentothal, plus cyclopropane, éther, oxygène.

Gastrectomie, résection jéjunale, jéjunorraphie termino-terminale. Implantation gastro-jéjunale.

Pièce : il s'agissait d'une minuscule gastrectomie. Il existe un gros ulcère peptique où on peut mettre le pouce.

Guérison opératoire.

OBSERVATION N° 18
(Service de M. BERGERET)

M. D... Joseph, ingénieur de la police du port de B..., quarante-deux ans.

Ce malade a commencé à souffrir en 1928, de douleurs vagues survenant trois à quatre heures après les repas et surtout après le repas de midi. Ces douleurs s'accompagnaient de nausées et de vomissements aqueux très abondants. Ces douleurs surviennent par périodes de huit à quinze jours, séparées par des intervalles de un mois environ. Cet état persiste pendant huit ans jusqu'en 1936.

En 1936, il subit une appendicectomie qui l'aurait amélioré pendant un mois.

En 1936, peu après, le Docteur MALATRET lui fait une gastrectomie partielle pour ulcus pylorique. Il va bien pendant un an. A ce moment, apparaissent des douleurs épigastriques subites, violentes à type de crampes de pyrosis. Leur rythme est irrégulier. Elles surviennent à des heures variables, séparées par des intervalles variables, trois jours, huit jours. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements fréquents qui ne font qu'exagérer les douleurs. Celles-ci sont telles que le malade recourt à des injections de morphine (4 à 5 cg. par jour), qui lui permettent de continuer son travail. Il semble que pendant quatre ans son médecin traitant lui ait conseillé ce « traitement » symptomatique, faisant les ordonnances de morphine et ne pensant à la possibilité d'un ulcère peptique qu'en 1941.

1941. — Réintervention (Docteur LAMBRET). Recoupe gastrique. Il n'y a aucune amélioration, les vomissements, les douleurs persistent et le malade reste morphinomane.

1942. — Réintervention (Docteur LAMBRET). Nouvelle recoupe gastrique ?

1943. — Deux interventions (Docteur LAMBRET). Nouvelles recoupes gastriques ?

Les douleurs persistent intenses avec vomissements. Les doses de morphine sont augmentées et le malade affirme avoir continué ses injections de 1937 à 1948 pour arriver à la dose quotidienne de 14 ou 15 cgr.

Il a eu deux hématémèses de sang noir, de faible abondance en 1946-1948.

En 1948, il aurait maigri de 18 kg. en trois mois, ce qui aurait motivé son admission.

Il est admis en octobre 1948 à l'hôpital Saint-Antoine. L'abdomen est souple, très sensible, à l'épigastre et dans le flanc gauche. La T. A. est à 16,5-9,5. Une crise douloureuse violente éclate le 15 octobre 1948 avec vomissements. Elle est calmée par la bromatropine. On fait des injections intrapéritonéales de novocaïne sans succès.

La radiographie ne montre *pas d'ulcère peptique visible*. Il existe une torsion de l'anse efférente avec stase.

28 octobre 1948. — Intervention (Docteur BERGERET). On tombe sur un ulcère peptique calleux gros comme une paume de main. Gastrectomie totale, résection de l'anse jéjunale ulcérée. Œsophago-jéjunostomie termino-latérale. Jéjunostomie complémentaire.

Guérison opératoire. Le malade ne souffre plus.

En regardant les radiographies après coup, on voit bien ce qui correspondait à cet énorme ulcère, mais cette énorme tache irrégulière à bords irréguliers n'est nullement comparable aux images habituelles d'ulcère peptique.

OBSERVATION N° 19
(Malade du Docteur ARNOUS)

M. M..., cinquante-sept ans, dessinateur, est vu le 8 novembre 1943. Il présente des douleurs épigastriques depuis un an. Elles sont devenues très violentes, depuis six mois. Elles sont à type de crampes irradiant vers l'hypochondre gauche. Elles surviennent à 10 heures, 15 heures, et durent jusqu'au repas suivant. Elles persistent toute la nuit, entravant le sommeil.

Ce malade a eu plusieurs melæna, il a beaucoup maigri.

A l'examen, il existe une douleur para-ombilicale gauche.

Le début de sa maladie remonte à 1915.

En 1920, il est opéré : gastro-entérostomie avec exclusion du pylore suivie de six mois de bonne santé. Puis les douleurs reprennent.

En 1927, nouvelle intervention (Docteur LAMBRET) pour ulcère peptique. Une nouvelle bouche de gastro-entérostomie est pratiquée. Il va bien pendant six ans.

Les douleurs reprennent avec des phases d'amélioration. En 1943, il vient voir le Docteur ARNOUS. Les radios du 8 novembre 1943 (fig. 1, p. 32) montrent un ulcère peptique. Traitement médical (protéinothérapie intra-veineuse). Nouvelles radios le 25 novembre 1943 (fig. 2). La niche a considérablement diminué mais alors que l'image précédente, malgré son volume, laisse place au doute, cette toute petite niche est tout à fait typique. Image stellaire indiscutable. On continue le traitement médical. Nouvelles radios le 9 avril 1943. Toute trace d'ulcère a disparu (fig. 3).

Ultérieurement le malade a recommencé à souffrir.

Il a été opéré par le Docteur CHARRIER. Il existait bien un ulcère peptique. Gastrectomie.

OBSERVATION N° 20
(Malade du Docteur SÉNÈQUE)

Il s'agit d'une femme de soixante ans environ qui fut opérée par le Docteur SÉNÈQUE à Lima. Elle avait subi vingt ans avant une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. Après une période d'amélioration, les douleurs réapparaissent.

Les douleurs, les hémorragies font pratiquer une colectomie gauche qui ne fut suivie d'aucune amélioration.

Les troubles s'accentuent, des vomissements apparaissent. On constate un ulcère peptique avec sténose du grêle.

Des hémorragies surviennent et c'est à ce moment que le Docteur SÉNÈQUE voit la malade. Malgré les transfusions, les vomissements et les hémorragies persistent et il se décide à l'opérer.

Résection du grêle, gastrectomie. L'intervention a été difficile et longue (deux heures et demie). La malade meurt dans la nuit.

Le Professeur SÉNÈQUE pense qu'une jéjunostomie eut été préférable et aurait peut être permis de sauver cette malade.

CONCLUSIONS

1° Il existe des ulcères peptiques rigoureusement indolores.

2° Parmi les formes indolores, la forme hémorragique ne paraît pas exceptionnelle.

3° L'ulcère peptique peut parfaitement cicatriser sous l'influence du traitement médical ou spontanément.

4° L'examen radiologique est parfois impuissant à mettre en évidence un ulcère peptique, la gastroscopie également.

5° Les signes cliniques sont souvent frustes ou trompeurs.

6° L'intervention chirurgicale est souvent nécessaire, malgré que le diagnostic reste incertain, et nombre d'ulcères peptiques ne peuvent être affirmés qu'opératoirement.

7° Il y a quelques rares exceptions à la règle qui veut que l'ulcère peptique relève du traitement chirurgical. Les ulcères indolores et hémorragiques réagissent parfois bien au traitement médical.

8° La plus grande prudence doit être de rigueur pour choisir les cas à traiter médicalement. Une surveillance minutieuse doit être longtemps poursuivie.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
SENEQUE

Vu et Permis d'Imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

Le terme de « Peptic ulcer » se rapporte, dans la bibliographie anglo-saxonne, aux ulcères gastro-duodénaux. C'est à la rubrique « jejunum » qu'il faut chercher les articles concernant ce qu'on appelle communément en France l'ulcère peptique.

ULCERES PEPTIQUES EN GENERAL

GOSSET et LERICHE. — (*Rapport du XL^e Congrès Français de Chirurgie,* Paris, 1931.) Pathogénie (LERICHE). Traitement (GOSSET). On y trouve la bibliographie de 1921 à 1931.

GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique. 4^e édition, Doin et Cie, 1947.

Ne pouvant donner ici la liste des travaux publiés sur l'ulcère peptique post-opératoire depuis 1931, nous nous sommes borné à signaler les principaux et intégralement ceux qui nous ont été utiles pour ce travail.

BALTSCHEFFSKY. — A propos de 33 observ. d'ulcère peptique jéjunal. (*Acta Chir. Scand.,* 1941, 1, p. 151.)

DENOUAL. — (*Thèse* de Lyon, 1909.)

FINSTERER. — Sur 200 ulcères peptiques jéjunaux. (*Arch. für Klin. Chir.,* 1937.)

FONTAINE. — A propos de 2 cas d'ulcère peptique post-opératoire. (*Archives des Mal. App. Dig.,* 1941.)

FUMAGALLI (de Milan). — 18 observ. d'ulcère peptique jéjunal. (*Atti et Memorie della Societa Lombarda di Chirurgia,* 1934, p. 497.)

Von Haberer (de Cologne). — Ulcère peptique jéjunal et fistule gastro-jéjuno-colique. (*Zentralblatt f. Ch.*, 18 juillet 1942.) Cette communication est fondée sur 241 interventions pour ulcère peptique jéjunal.

Hayon. — Les ulcères peptiques post-opératoires. (*Thèse*, Paris, 1929.)

Lahey. — Sur les ulcères peptiques post-opératoires. (*Surgery, Gyn., Obst.*, 1935.)

Mage (de New-York). — 41 cas d'ulcères récidivants après gastrectomie. (*Annals of Surgery*, 1942, t. 116, p. 729.)

Mage et Ginzburg (de New-York). — Les suites troublées de la gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. (*Surg., Gyn., Obst.*, 1938, t. 67, p. 788.)

Santy. — (*Lyon Ch.*, 1946, p. 138 et 1936, p. 114.)

ULCERES PEPTIQUES APRES GASTRECTOMIE

Moreno Tinajero. — (*Thèse*, Paris, 1937.)

Blondin (Sylvain). — Les ulcères peptiques après gastrectomie. Discussion ouverte à l'Académie de Chirurgie le 5 décembre 1945, clôturée le 12 novembre 1947. On y trouvera de très nombreuses observations résumées et les interventions de Banzet, Charrier, Delannoy, Desplas...

ULCERES PEPTIQUES HEMORRAGIQUES

Clavel. — Les formes hémorragiques de l'ulcère peptique jéjunal. (*Revue de Ch.*, 1933.)

Demole. — Contribution à l'étude des hémorragies digestives. (*Thèse* de Paris, 1931.)

Gutmann et Demole. — Sur l'origine des hématémèses. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 29 avril 1932.)

Jean (de Toulon). — Ulcère peptique perforé après gastrectomie. (*Bull. et Mém. de l'Ac. de Chir.*, 1946, p. 499.)

Sian (Jacob). — (*Thèse* de Lyon, 1935; 15 observations.)

ULCERES PEPTIQUES PERFORES EN PERITOINE LIBRE

EDELMANN. — Les perforations en péritoine libre des ulcères gastro-jéjunaux post-opératoires. (Etude basée sur 228 observations.) (*Thèse,* Paris, 1948.)
Consulter aussi la *Sem. des Hôp.,* n° 76, du 10 octobre 1948.

LEVEUF. — 32 cas de perforation d'U. P. en péritoine libre. (*Revue Chirur.,* 1927.)

RIOU (J.). — La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques jéjunaux et gastro-jéjunaux. (*Thèse,* Paris, 1937.) On y trouve 92 observations.

MARTIN (Paul). — Contribution à l'étude de la perforation des ulcères peptiques en péritoine libre (123 observations résumées). (*Thèse,* Nancy, 1938.)

Nous signalons en outre quelques observations récentes :

BARRAYA. — (*Bull. et Mém. de l'Ac. de Chir.,* 1947, p. 585.) (Après gastrectomie.)

COURTY et GAUDEFROY. — (*Bull. et Mém. de l'Ac. de Chir.,* 1946, p. 208.) (Après gastrectomie.)

GUÉNIN et PERTUISET. — (*Bull. Mém. Ac. de Chir.,* 1946, p. 445.)

LOUTSCH. — (*Bull. et Mém. Ac. de Chir.,* 1945, p. 438.)

FISTULE GASTRO-JEJUNO-COLIQUE

LOEWY (G.). — Les fistules gastro-jéjuno-coliques (72 observations). (*Thèse,* Paris, 1921.)

ALLENO. — (*Thèse,* Paris, 1948 ou 1949.)

JOYEUX. — Fistule gastro-jéjuno-colique. Rapport de M. SÉNÈQUE. (*Bull. et Mém. Ac. de Ch.,* 1944, p. 327.)

LANGEMEYER (de Hambourg). — Fistule gastro-colique indépendante de la gastro-entérostomie. (*Zentralblatt für Ch.,* 14 mai 1938.)

Le Gac. — Fistule gastro-jéjuno-colique bien tolérée pendant dix ans. (*Bull. de la Soc. des Ch. de Paris,* 1936.)

Finsterer. — Sur la fistule gastro-jéjuno-colique dans l'ulcère peptique jéjunal. (*Zentr. für Chir.,* 21 mars 1942, p. 464.)

Haberer. — (Voir généralités.)

DIAGNOSTIC

Gutmann (R.-A.) et Jahiel. — (*Arch. Mal. App. Digestif,* déc. 1927.)

Gutmann et Arnous. — Diagnostic précoce de l'ulcère peptique. (*Arch. Mal. App. Digestif,* 1936.)

Auguste et Paris. — Rôle des fils de suture dans les stomites consécutives aux gastrectomies pour ulcères. (*Soc. Gastro-Entérol.,* 8 avril 1946.)

Lazare (Francis). — Les stomites. (*Thèse,* Paris, 1937.)

Liberatori. — Etude radiologique de l'estomac reséqué quelques heures après la résection. (*Am. J. Roentg.,* 1937, p. 268.)

Lévy, Cottenot et Cherigie. — Diagnostic clinique précoce d'un ulcère peptique, diagnostic radiologique tardif. (*Arch. des Mal. App. Dig.,* 1935, p. 1091.)

Moutier. — Elimin. de fils et accidents douloureux après gastrectomie. (*Société de Gastro-Entérologie,* 10 janvier 1944.)

Smith et Rives (Travail de la Mayo Clinic). — Gastro-iléostomie et ulcère gastro-iléal. (*Surg., Gyn., Obst.,* janvier 1943, p. 110.)

de Witte. — Etude radiologique de 100 gastrectomisés. (*Acta Gastro-Enterologica Belg.,* 1946, p. 303.)

GASTROSCOPIE

Asher. — Etude gastroscopique de la muqueuse gastrique après vagotomie pour *ulcère.* (*Gastro-Enterology,* sept. 1948, p. 303.)

Antoine. — Résultats comparatifs de la gastroscopie et de la radiologie dans les maladies de l'estomac. (*Paris Méd.,* 10 avril 1948, p. 177.)

BENEDICT. — Gastroscope opérateur. (*Gastro-Enterology*, septembre 1948, p. 281.)

DEBRAY (Ch.). — Les formes atypiques de l'ulcère gastrique sous le contrôle de la gastroscopie. (*Thèse*, Paris, 1937.)

MOUTIER. — Etude endoscopique de l'estomac opéré. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1939-1940, p. 817.)

RACHET (J.). — La gastroscopie. Etude clinique et expérimentale. (*Thèse*, Paris, 1926.)

WARMOES et CALLEWAERT. — Note sur l'intérêt de la gastroscopie dans les troubles après gastrectomies. (*Acta Gastro-Ent. Belgica*, 1946, p. 440.)

DIVERS

CRANSTON, HOLMAN et CHENOWETH (A.). — Le problème du traitement des ulcères peptiques post-opératoires. (*Surg., Gyn., Obst.*, 1942.)

DEMOLE et SARRAZIN (de Genève). — Ulcère peptique jéjunal traité avec succès par l'association vit. C.-histidine. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1938.)

FINSTERER. — Ulcère peptique jéjunal récidivant pénétrant dans le diaphragme. (*Wiener Kl. Wochensch.*, ann. 55, n° 26, 26 juin 1942.)

GROSSMANN. — (*Annals of Surgery*, 1938, p. 105, vol. 108.)

MAKKAS et MARANGOS (d'Athènes). — (*Brüns Beiträge zur Kl. Chir.*, 1933, t. 163, p. 554.)

ELOKBY. — Ulcère peptique géant perforé bouché dans la paroi abdominale. (*Thèse*, Paris, 1944.)

TAYLOR. — Traitement des ulcères perforés. (*The Lancet*, 28 septembre 1946, p. 441.)

LAVARDE. — L'opération de Dragstedt. (*J. Chir.*, 1948, p. 25.)

TABLE DES MATIERES

Introduction 13

A propos des statistiques 15

Etude analytique des signes cliniques 21

La douleur 21
Les hémorragies 22
Les vomissements 24
L'interrogatoire 25
L'examen clinique 27
Les examens paracliniques 27

Etude radiologique 29

Gastroscopie 45

Formes cliniques 49

Formes indolores perforantes 49
Formes indolores hémorragiques 53
Formes indolores révélées par fistule gastro-jéjuno-colique . . 60
Formes compliquées 63
Formes évolutives 63

Ulcères douloureux 63
Ulcères perforants 64
Ulcères hémorragiques 65
Ulcères à évolution capricieuse 67
Ulcères récidivants 67
Ulcères à poussées successives atténuées 68

Diagnostic 75

Contre-indications opératoires 79

Ulcères compliqués 79
Ulcères non compliqués 81

Observations 87

Conclusions 113

Bibliographie 115

R. FOULON, IMPRIMEUR, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV[e]